



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
Faculdade de Medicina Veterinária

“Percepções e práticas de desempenho profissional de
veterinários portugueses perante a
Ressuscitação cardiopulmonar-cerebral”

Filipa Duarte Baptista

CONSTITUIÇÃO DO JÚRI:

Doutor João José Martins Afonso

Doutor José Manuel Chéu Limão
Oliveira

ORIENTADOR:

Dr. Luís Miguel Amaral Cruz

CO-ORIENTADOR:

Doutor António José de Almeida Ferreira

2009

LISBOA



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
Faculdade de Medicina Veterinária

“Percepções e práticas de desempenho profissional de
veterinários portugueses perante a
Ressuscitação cardiopulmonar-cerebral”

Filipa Duarte Baptista

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA VETERINÁRIA

CONSTITUIÇÃO DO JÚRI:

Doutor João José Martins Afonso

Doutor José Manuel Chéu Limão
Oliveira

ORIENTADOR:

Dr. Luís Miguel Amaral Cruz

CO-ORIENTADOR:

Doutor António José de Almeida Ferreira

2009

LISBOA

*"Medicine is not merely a science but an art. The character of the physician
may act more powerfully upon the patient than the drugs employed"*

Philippus Aureolus Paracelsus

Agradecimentos

Foram várias as pessoas que ao longo dos meses de construção se envolveram e se entusiasmaram com este trabalho.

Em primeiro lugar, um agradecimento ao orientador de estágio Dr. Luis Cruz pelo envolvimento activo e acompanhamento científico desta dissertação e ao co-orientador, Prof. Doutor António Ferreira pela presença nos momentos chave.

Da Faculdade de Medicina Veterinária de Lisboa, queria agradecer ao Dr. Nuno Felix e ao Prof. Sales Luís, pelo contributo e orientações.

Um agradecimento muito especial pela amizade e disponibilidade constantes ao Prof. Doutor David Tavares, pela perspectiva das ciências sociais; os seus conselhos e palavras foram totalmente absorvidos e considerados por mim. Também da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, agradeço à Mestre Rute Borrego pelo carinho e ajuda e à Mestre Joana Sousa, pelas dicas preciosas sobre estatística e SPSS.

Agradeço a disponibilidade de todos os inquiridos, de norte a sul do país e além fronteiras, cuja receptividade permitiu a concretização deste trabalho.

Agradeço a todos os familiares e amigos que me ouviram as convicções, dúvidas e incertezas, em particular ao meu “huby” Filipe Veloso Gomes, sempre com um espírito científico extraordinariamente apurado e assertivo e à minha filósofa e confidente Sofia Alexandre pelos anos de discussão sobre a moral e a “moralaja”, o certo e o errado.

Em questões mais práticas, agradeço ao informático Diogo Alexandre pela sua tranquilidade e convicção nas novas tecnologias.

Uma nota para a biblioteca da Faculdade de Medicina Veterinária de Lisboa, onde consultei alguns livros da área, biblioteca da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa, onde consultei livros sobre investigação e de ciências sociais e humanas e biblioteca central do *campus* de Gambelas da Universidade do Algarve (Faro), onde consultei livros de ciências sociais e humanas e passei horas a redigir texto. Uma referência também para a Clínica Veterinária das Laranjeiras, onde pude consultar livros de emergência e cuidados críticos de veterinária tão actuais quanto possível, e para a Clínica de Cardiologia e Medicina Desportiva Veloso Gomes (Faro), onde consultei livros de medicina humana.

Por fim, queria dedicar o empenho que confiei a este trabalho ao Feijãozinho, que apesar da sua fugaz aparição, deixou a promessa de um futuro incerto mas cheio de presença e alegria.

“Percepções e práticas de desempenho profissional de veterinários portugueses perante a
Ressuscitação cardiopulmonar-cerebral”

Resumo

A ideia do presente trabalho surgiu no contexto do estágio curricular realizado na Clínica Veterinária das Laranjeiras e tem como objectivo a análise das percepções e práticas de desempenho profissional de veterinários portugueses perante a ressuscitação cardiopulmonar-cerebral (RCPC) e perceber a relação das percepções e práticas com a experiência profissional. Foi distribuído um inquérito adaptado de um original americano em 8 hospitais veterinários na grande Lisboa, Porto, Algarve e Glasgow (Escócia), o qual foi preenchido por 34 veterinários portugueses. Os dados foram inseridos e tratados pelo programa estatístico SPSS 17.0®, para descrição de frequências de respostas e cruzamento de dados entre as respostas e a experiência profissional (estabelecendo o coeficiente de correlação de Spearman).

Como resultados e conclusões, verificaram-se respostas muito diversificadas das taxas de sucesso da RCPC percebidas pelos inquiridos, o que poderá ter sido pela ausência de definição de paragem cardiopulmonar (PCP).

Também se concluiu que na maioria das instituições participantes não existe um documento formal para os donos referindo-se à decisão de não reanimação (DNR), assim como em cerca de metade não existe a possibilidade do dono formalizar de forma escrita o seu desejo de não reanimação. Contudo, a maioria dos inquiridos reconhece a importância da manifestação dos desejos do dono embora a questão apenas se coloque informalmente e somente quando surgem problemas com os animais. Adicionalmente, verificou-se que a maioria dos respondentes avança para a RCPC quando não conhece os desejos de DNR dos donos. Posto isto, a ausência de mecanismos de discussão e formalização de DNR pode levar à prática de reanimações que não são necessárias ou que são inadequadas.

Cerca de metade dos inquiridos sente-se adequadamente preparado para liderar uma RCPC e a maioria afirma estar preparado para intervir numa RCPC. Existe por parte dos inquiridos o reconhecimento da diferença entre a capacidade de liderar e de intervir numa RCPC, e possivelmente de diferente nível de conhecimentos e sistematização das metodologias de RCPC. Este resultado sugere a necessidade de formação e treino especializado de forma a alcançar a confiança necessária para a liderança num cenário de RCPC, para decidir criteriosamente e objectivamente quando cessar os esforços de reanimação, para minimizar o impacto negativo de uma RCPC falhada e também confiança para lidar com os sentimentos dos donos quando é necessário discutir com eles RCPC e DNR.

Palavras-chave: paragem cardiopulmonar, ressuscitação cardiopulmonar, decisão de não-reanimação

"Perceptions and professional practices of Portuguese veterinarians towards cardiopulmonary-cerebral resuscitation"

Abstract

The idea for this study came up during a traineeship held at Clínica Veterinária das Laranjeiras (Lisbon) and aims to analyze the perceptions and practices of professional performance of Portuguese veterinarians in cardiopulmonary-cerebral resuscitation (CPCR) and to understand the relationship of perceptions and practices with professional experience.

The purpose of this study is to understand the Portuguese actuality in the subject of cardiopulmonary-cerebral resuscitation. To this end, a questionnaire was adapted from an American original and distributes in 8 veterinary hospitals in Lisbon, Porto, Algarve and Glasgow (Scotland), which was completed by 34 Portuguese veterinarians. Data was entered and processed by the statistical program SPSS 17.0 for description of frequency response and cross-checking between the responses and professional experience (establishing the Spearman correlation coefficient).

There were many different answers about success rates of CPCR perceived by respondents, which may have been because the lack of definition of cardiopulmonary arrest (CPA).

It was observed that in most of the participating institutions, there is no formal documentation for the owners referring to do not attempt resuscitation (DNAR) orders, and in about half, the possibility of the owner to formalize in writing his DNAR orders exists. However, most respondents acknowledged the importance of expressing the owner's wishes, even though the question only takes place informally, and only when problems with the animal arise. Additionally, most respondents perform CPCR when they don't know the wishes of DNAR of the owners, which, given the lack of mechanisms for discussion and formalization of DNAR, may lead to the practice of unwanted or inappropriate CPCR.

About half of respondents feel that they adequately prepared to supervise a CPCR and most of them state being prepared to intervene in a CPCR. The respondents recognize the difference between the ability to lead and to intervene in a CPCR, and possibly different levels of knowledge and training of CPCR. This result suggests the need for specific training in order to achieve the confidence needed for leadership in a setting of CPCR, to objectively decide when to cease resuscitation efforts, minimizing the negative impact of a failed CPCR, and to gain confidence in dealing with the feelings of the owners when discussing CPCR and DNAR.

Key-words: cardiopulmonary arrest, cardiopulmonary-cerebral resuscitation, do not attempt resuscitation orders

	Página
1. Introdução	1
2. Objectivos do estudo	3
3. Enquadramento teórico	5
3.1. Cuidados intensivos em Medicina Veterinária	5
3.2. Ressuscitação cardiopulmonar-cerebral em animais de companhia	6
3.3. Metodologias de ressuscitação cardiopulmonar-cerebral	8
3.3.1. Sinais de alarme antes da paragem cardiopulmonar.....	8
3.3.2. Reconhecimento ou diagnóstico de paragem cardiopulmonar.....	9
3.3.3. Suporte básico de vida	10
○ Via aérea	10
○ Ventilação	10
○ Circulação	11
3.3.4. Suporte avançado de vida	12
○ Acesso intravenoso	12
○ Monitorização electrocardiográfica	13
○ Fármacos	13
○ Desfibrilhação	16
○ Ritmos que causam paragem cardíaca sem pulso	18
· Assistolia	18
· Actividade eléctrica sem pulso	18
· Taquicardia ventricular	19
· Fibrilhação ventricular	19
○ Procedimentos invasivos: compressão cardíaca interna	19
○ Avaliação do doente durante a ressuscitação cardiopulmonar-cerebral	20
○ Causas potencialmente reversíveis	21
3.3.5. Suporte prolongado de vida	22
3.4. Questões éticas nos cuidados críticos em Medicina Veterinária	24
3.4.1. Ética na ressuscitação cardiopulmonar-cerebral	27
3.4.2. Decisão de Não-Reanimação	29
4. Metodologia	31
4.1. População	31
4.2. Métodos	31
4.2.1. Método de recolha de dados	32
4.2.2. Método de tratamento dos dados	33
5. Resultados e discussão dos resultados	37
5.1. 1ª parte: Análise de frequências	37
A. Caracterização da população	37
A.1. Características demográficas	37
A.2. Experiência profissional	38

B. Factos/resultados do desempenho profissional na ressuscitação cardiopulmonar-cerebral	40
B.1. Sucesso da ressuscitação cardiopulmonar-cerebral	40
B.2. Relativos à instituição onde trabalham	42
C. Percepções/opiniões	43
C.1. Desempenho individual/colectivo	43
C.2. Envolvimento dos donos	46
C.3. Instituição (incluindo colegas veterinários, estagiários e estudantes)	48
C.4. Decisão de Não-Reanimação	50
C.5. Ressuscitação cardiopulmonar-cerebral	52
D. Práticas e emoções	53
D.1. Desempenho individual/colectivo	53
D.2. Envolvimento dos donos	63
• Perguntas de resposta aberta	66
5.2. 2ª parte: Cruzamentos de dados	68
5.2.1. Cruzamento da variável “Experiência” e restantes variáveis/perguntas ...	68
5.2.2. Cruzamento da variável “Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC” (p10) e restantes variáveis/perguntas	68
6. Conclusões / Considerações finais	75
6.1. Propostas para a prática clínica	76
6.2. Propostas de estudos futuros	77
6.3. Limitações do estudo	78
7. Referências bibliográficas	79

ANEXOS

• Anexo 1: Descrição das actividades de estágio e casuística referente às actividades desenvolvidas durante o estágio	83
• Anexo 2: Casos clínicos de ressuscitação cardiopulmonar-cerebral na Clínica Veterinária das Laranjeiras	99
• Anexo 3: Instrumento de recolha de dados: Inquérito sobre Atitudes e opiniões dos veterinários perante a ressuscitação cardiopulmonar-cerebral (RCPC) e discussão da ressuscitação com os donos dos animais	103
• Anexo 4: Exemplo de formulário de DNR	105
• Anexo 5: <i>Guidelines</i> para a política da instituição veterinária em relação à Decisão de Não-Reanimação	107
• Anexo 6: Tabelas de frequências e gráficos de percentagens descritivos dos resultados do estudo	109
• Anexo 7: Tabelas de cruzamentos de dados	147
• Anexo 8: Correlações entre os dados cruzados por aplicação do factor de correlação de Spearman.....	197

Lista de gráficos

	Página
Gráfico 1: Distribuição dos inquiridos por faculdade/universidade de formação.....	37
Gráfico 2: Distribuição dos inquiridos por género.....	38
Gráfico 3: Distribuição dos inquiridos por classes de idade.....	38
Gráfico 4: Distribuição dos inquiridos por estado civil.....	38
Gráfico 5: Distribuição dos inquiridos por classes de experiência (em anos de exercício).....	38
Gráfico 6: Número de casos de paragem cardiopulmonar liderados.....	39
Gráfico 7: Número de casos de paragem cardiopulmonar intervistos.....	39
Gráfico 8: Taxa estimada de retorno de circulação espontânea/pulso periférico nos casos liderados (em percentagem).....	40
Gráfico 9: Taxa estimada de retorno de circulação espontânea/pulso periférico nos casos intervistos (em percentagem).....	40
Gráfico 10: Tempo estimado de estabilidade cardiovascular após retorno de circulação espontânea/pulso periférico.....	41
Gráfico 11: Taxa de alta clínica após ressuscitação (em percentagem).....	41
Gráfico 12: Existência de documento formal para os donos referindo-se à DNR.....	42
Gráfico 13: Existência de possibilidade do dono formalizar de forma escrita o seu desejo de não reanimação.....	42
Gráfico 14: Preparação adequada dos inquiridos para liderar uma RCPC.....	43
Gráfico 15: Preparação adequada dos inquiridos para intervir/auxiliar uma RCPC.....	43
Gráfico 16: Resposta a "Os veterinários devem fazer recomendações e dar conselhos quando discutem DNR com os donos.....	44
Gráfico 17: Resposta a "Quando os donos e veterinário não estão de acordo, o veterinário deve tomar a Decisão de Não Reanimação".....	45
Gráfico 18: Resposta a "Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC".....	45
Gráfico 19: Resposta a "Após uma RCPC falhada, deve ocorrer uma discussão de grupo sobre o caso".....	46
Gráfico 20: Resposta a "Deve ocorrer uma discussão de grupo sobre qualquer RCPC, seja falhada ou com sucesso".....	46
Gráfico 21: Resposta a "Na minha opinião, os donos querem discutir RCPC e DNR".....	47
Gráfico 22: Resposta a "Na minha opinião, os donos querem estar presentes durante a RCPC dos seus animais".....	47
Gráfico 23: Resposta a "Na minha opinião, os donos devem ter a possibilidade de formalizar a DNR".....	48
Gráfico 24: Resposta a "As situações de RCPC são bem coordenadas na minha instituição".....	49
Gráfico 25: Resposta a "Os estudantes de veterinária/estagiários da minha instituição são bem treinados para realizar RCPC".....	49
Gráfico 26: Resposta a "Os veterinários da minha instituição estão bem treinados para realizar RCPC".....	50
Gráfico 27: Resposta a "Quem deve participar na Decisão de Não Reanimação" (combinações).....	51
Gráfico 28: Resposta a "Quem deve participar na Decisão de Não Reanimação?".....	51
Gráfico 29: Resposta a "Na minha opinião, a RCPC é inútil em animais moribundos ou com doença crónica grave".....	52
Gráfico 30: Resposta a "Penso que as tentativas de RCPC podem ser clinicamente inapropriadas".....	52

Gráfico 31: Resposta a "Penso que as tentativas de RCPC podem ser eticamente inapropriadas"	53
Gráfico 32: Resposta a "Em que momento geralmente levanta a hipótese aos donos da Não Reanimação, de forma verbal ou eventualmente escrita?"	54
Gráfico 33: Resposta a "Eu permitiria que os donos estivessem presentes durante a RCPC dos seus animais"	54
Gráfico 34: Resposta a "Eu preocupo-me com o(s) dono(s) quando estou a realizar RCPC dos seus animais"	55
Gráfico 35: Resposta a "Eu preocupo-me com o animal a quem estou a realizar RCPC".	56
Gráfico 36: Resposta a "Sinto-me stressado quando realizo RCPC"	56
Gráfico 37: Resposta a "Uma RCPC falhada tem impacto negativo nas minhas emoções/expectativas"	57
Gráfico 38: Resposta a "Uma RCPC com sucesso tem um impacto positivo nas minhas emoções/expectativas"	58
Gráfico 39: Resposta a "Sinto necessidade de discutir uma RCPC falhada com alguém"	58
Gráfico 40: Resposta a "Considero a possibilidade de problemas legais quando decido iniciar RCPC"	59
Gráfico 41: Resposta a "Faria RCPC num animal com um bom prognóstico a curto e longo prazo mas com pouca qualidade de vida"	59
Gráfico 42: Resposta a "Faria RCPC num animal com bom prognóstico a curto prazo e boa qualidade de vida mas com mau prognóstico a longo prazo"	60
Gráfico 43: Resposta a "Faria RCPC num animal com mau prognóstico a curto e a longo prazo mas com boa qualidade de vida"	60
Gráfico 44: Resposta a "Faria RCPC num animal com bom prognóstico a curto e a longo prazo e com boa qualidade de vida"	61
Gráfico 45: Resposta a "Faria RCPC num animal com mau prognóstico a curto e a longo prazo e má qualidade de vida"	62
Gráfico 46: Resposta a "Faria RCPC em qualquer animal com paragem cardiopulmonar se não soubesse os desejos de DNR do dono"	62
Gráfico 47: Resposta a "Sinto-me confortável para discutir RCPC e DNR com os donos"	63
Gráfico 48: Resposta a "Sinto-me stressado quando discuto DNR com os donos e/ou família"	64
Gráfico 49: Resposta a "O facto de ter de lidar com as emoções dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR"	64
Gráfico 50: Resposta a "O facto de ter de lidar com o medo e ansiedade dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR"	65
Gráfico 51: Resposta a "O facto de ter de lidar com a tristeza e dor dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR"	65
Gráfico 52: Resposta a "O facto de ter de lidar com a hostilidade e raiva dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR"	66

Lista de tabelas

	Página
Tabela 1: Síntese das metodologias de suporte básico de vida	12
Tabela 2: Síntese das metodologias de suporte avançado de vida.....	20
Tabela 3: Categorias e sub-categorias onde se inserem as variáveis em estudo e nome da variável atribuída no programa SPSS.....	34 e 35
Tabela 4: Respostas às perguntas abertas; determinantes para parar RCPC e número de respostas.....	67
Tabela 5: Cruzamento das variáveis "Capacidade de liderar numa RCPC" e "Sente-se adequadamente preparado/treinado para liderar uma RCPC?".....	69
Tabela 6: Cruzamento das variáveis "Capacidade de liderar numa RCPC" e "Uma RCPC falhada tem impacto negativo nas minhas emoções/expectativas".....	70
Tabela 7: Cruzamento das variáveis "Capacidade de liderar numa RCPC" e "Sinto necessidade de discutir uma RCPC falhada com alguém".....	71
Tabela 8: Cruzamento das variáveis "Capacidade de liderar numa RCPC" e "Lidar com o medo e ansiedade dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR".....	72
Tabela 9: Cruzamento das variáveis "Capacidade de liderar numa RCPC" e "Lidar com a tristeza e dor dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR"...	73
Tabela 10: Cruzamento das variáveis "Capacidade de liderar numa RCPC" e "Lidar com a hostilidade e raiva dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR".....	74

Lista de abreviaturas e siglas

CPCR: Ressuscitação cardiopulmonar-cerebral (*Cardiopulmonary-cerebral resuscitation*)

CRI: Infusão de ritmo contínuo (*Continuous Rate Infusion*)

DC: Débito cardíaco

DNR: Decisão de não-reanimação

ECG: Electrocardiograma

ETCO₂: dióxido de carbono no final da expiração corrente (*End Tidal*)

EUA: Estados Unidos da América

FC: Frequência cardíaca

IV: Intravenosa

PA: Pressão arterial

PCP: Paragem cardiopulmonar

RCPC: Ressuscitação cardiopulmonar-cerebral

ROSC: Retorno de circulação espontânea (*Return of Spontaneous Circulation*)

SIRS: Síndrome de resposta inflamatória sistémica (*Systemic Inflammatory Response Syndrome*)

TRC: Tempo de repleção capilar

1. Introdução

O tema do presente trabalho, “Percepções e práticas de desempenho profissional de veterinários portugueses perante a ressuscitação cardiopulmonar-cerebral”, surgiu no contexto do estágio curricular realizado na Clínica Veterinária das Laranjeiras, cuja descrição das actividades desenvolvidas e casuística se encontra em anexo (Anexo 1).

A Clínica Veterinária das Laranjeiras oferece um serviço de urgência permanente por solicitação telefónica e igualmente a possibilidade de internamento dos animais para monitorização contínua dos pacientes por um veterinário e pelo estagiário que o acompanha. Durante o período de estágio, foram várias as situações em que foi necessário o emprego de metodologias de ressuscitação cardiopulmonar-cerebral. Concretamente, relatam-se abreviadamente em anexo (Anexo 2) cinco casos clínicos de animais sujeitos a metodologias de ressuscitação cardiopulmonar-cerebral, cujo desfecho não foi positivo. E, cada caso assistido, gerou posteriormente uma discussão sobre aspectos clínicos e éticos referentes a cada um, entre os veterinários e estagiários intervenientes.

No seguimento dessas discussões, surgiram os artigos do *Journal of Veterinary Emergency and Critical Care*, de 2008, intitulados de “*Survey of academic veterinarian’s attitudes toward provision of cardiopulmonary-cerebral resuscitation and discussion of resuscitation with clientele*” e “*Survey of academic veterinarians’ clinical practice in cardiopulmonary-cerebral resuscitation*”. Estes artigos, de autoria de Hofmeister *et al.* são o resultado de um estudo original composto por duas partes, realizado em oito universidades de Medicina Veterinária dos Estados Unidos através da aplicação de um questionário. O objectivo do estudo original (Hofmeister *et al.*, 2008a) foi identificar nas percepções dos veterinários os factores de stress na aplicação de metodologias de ressuscitação cardiopulmonar-cerebral e na discussão da Decisão de Não-Reanimação com os donos dos animais; ao identificar os factores de stress percebidos pelos veterinários, é possível integrar nos programas de ensino e treino destas metodologias técnicas para evitar a vivência e as manifestações de stress.

O objectivo desta dissertação de mestrado consiste na análise das percepções e práticas de veterinários portugueses perante a ressuscitação cardiopulmonar-cerebral (RCPC), tendo como instrumento um inquérito adaptado do original norte-americano do estudo acima referido (Anexo 3). Deste modo, será uma tentativa de compreender a realidade no nosso país em relação a estas matérias.

2. Objectivos do estudo

Objectivo geral:

Analisar as percepções e práticas de desempenho profissional de veterinários portugueses, que exercem em hospitais veterinários, perante a ressuscitação cardiopulmonar-cerebral (RCPC) e perceber a relação das percepções e práticas com a experiência profissional.

Objectivos específicos:

- Analisar os factos do desempenho profissional na RCPC:
 - Sucesso da RCPC
 - Relativos à instituição onde trabalham
- Analisar as percepções / opiniões relativamente a:
 - Desempenho individual / colectivo
 - Envolvimento dos donos
 - Instituição (incluindo colegas veterinários, estagiários e estudantes)
 - Decisão de Não Reanimação (DNR)
 - Ressuscitação cardiopulmonar-cerebral
- Analisar as práticas e emoções face ao:
 - Desempenho individual/colectivo
 - Envolvimento dos donos
- Averiguar a relação entre as percepções e práticas e a experiência profissional.

3. Enquadramento teórico

3.1. Cuidados intensivos em Medicina Veterinária

O conceito de cuidados intensivos em Medicina Veterinária é definido pela *Veterinary Emergency and Critical Care Society* (VECCS) como sendo a assistência prestada ou requerida como resposta a uma crise; associa-se ao tratamento de um paciente com uma afecção ou lesão fatal ou potencialmente fatal, cujo estado pode modificar-se em minutos ou horas e implica monitorização, reavaliação e tratamentos intensos e frequentemente constantes.

Nos últimos anos, a emergência médica e cuidados críticos em veterinária tem emergido como uma especialidade importante, englobando grandes áreas da Medicina Veterinária como a medicina interna, cirurgia, anestesia e oncologia. As emergências representam, pois, uma das razões mais frequentes para a procura de serviços veterinários pelos donos dos animais; constituem 60% dos casos admitidos em hospitais veterinários (Wingfield, 1997).

Para se estabelecer numa instituição um serviço de prestação de cuidados intensivos é necessária capacidade de administração, mão-de-obra, conhecimentos e experiência médica e capacidade financeira. Não é suficiente manter o serviço em permanência 24 horas; é necessário equipamento específico, pessoal com conhecimento e técnicas constantemente actualizadas, com capacidade de lidar com um ambiente profissional de grande tensão (Kirk, 1994).

A questão em particular da formação do pessoal é uma das apontadas em diversos estudos em medicina humana como causa de deficiências na prestação de cuidados intensivos, além da falta de confiança em lidar com situações críticas e da abordagem pouco sistemática dos doentes agudos (*European Resuscitation Council* [ERC], 2005). Eventualmente, fica a sugestão de que o mesmo poderá ser dito em relação à medicina veterinária.

Ao longo dos anos, os veterinários têm assistido a uma crescente sofisticação dos cuidados intensivos que permitem a manutenção dos sinais vitais de animais com doenças críticas, à custa de um considerável investimento de tempo, esforço e recursos dos donos e do pessoal médico envolvido. Frequentemente surge o inevitável momento em que o tempo e energia despendidos no suporte vital do animal colocam a questão da desistência da terapia ou da eutanásia (Kirk, 1995).

Posto isto, surge a necessidade de objectivar o mais possível os critérios que distingam situações em que se deve investir no esforço de manutenção dos cuidados intensivos, das que representam uma grande probabilidade de insucesso. Isto porque, como Kirk aponta (1995, p.95; tradução livre), o desfecho de cada caso “depende do tipo e severidade da doença, reserva fisiológica e presença de processos patológicos concorrentes; e do tipo, quantidade e resposta à terapia”.

3.2. Ressuscitação cardiopulmonar-cerebral em animais de companhia

Em 1992, Wingfield e Van Pelt reportaram um estudo retrospectivo acerca da paragem cardiopulmonar (PCP) e paragem respiratória isolada em cães e gatos. Neste estudo, verificou-se que a PCP é uma situação clínica mais frequente que a paragem respiratória isolada, e simultaneamente a PCP representa pior prognóstico nos animais de companhia, estando associada a uma taxa de alta hospitalar de 4,1% em cães e 9,6% em gatos, face a uma taxa de alta hospitalar de 28% em cães e 58,3% em gatos nos casos de paragem respiratória isolada. No mesmo estudo, foi também reportada uma elevada taxa de recorrência de PCP, principalmente observada em cães (68,2%, face a uma taxa de recorrência de PCP em gatos de 37,5%), o que constitui um sinal de alerta dirigido aos clínicos para a monitorização dos animais ressuscitados.

Uma paragem cardiopulmonar consiste numa cessação súbita da ventilação funcional e da circulação efectiva, que pode ter causas tão diversas como hipovolémia, acidémia, insuficiência respiratória, trauma, fármacos, nomeadamente anestésicos, arritmias cardíacas ou reacção vagal (Mathews, 2006). Plunkett e McMichael (2008) referem causas predisponentes para PCP tão diversas como sepsis, insuficiência cardíaca, doença pulmonar, neoplasia, coagulopatias, anestesia, toxicidade, trauma multisistémico, lesão cerebral traumática e síndrome de resposta inflamatória sistémica (*Systemic Inflammatory Response Syndrome – SIRS*).

Crawford, DiMarco e Paulus (2001) definiram ressuscitação cardiopulmonar como o conjunto de medidas que providenciam circulação assistida a órgãos vitais de forma a prevenir danos irreversíveis e que conduzem ao restabelecimento da estabilidade hemodinâmica e ritmo cardíaco em vítimas de paragem cardiopulmonar.

Segundo Mathews (2006), as tentativas de ressuscitação após paragem cardiopulmonar são bem sucedidas em 10% dos animais (sendo a taxa de sucesso semelhante em medicina humana); a taxa de sobrevivência conducente a alta clínica é <10% para animais que sofreram paragem cardiopulmonar no contexto anestésico ou para animais em que a causa subjacente é facilmente reconhecível e reversível.

Plunkett e McMichael (2008) apresentam números referentes à taxa de sobrevivência conducente a alta clínica após PCP no contexto hospitalar de cerca de 4% para cães e entre 4 e 9,6% para gatos. Macintire, Drobatz, Haskins, e Saxon (2005) referem que a ressuscitação cardiopulmonar-cerebral (RCPC) em humanos está associada a taxa de sobrevivência conducente a alta clínica que varia entre 2 e 14%; os autores acrescentam que os números referentes a cães e gatos são semelhantes, contudo muitos destes animais permanecem em estado vegetativo ou com alterações neurológicas significativas.

Perante estes números, é necessária capacidade de discernimento por parte dos clínicos envolvidos para distinguir entre uma paragem cardiopulmonar potencialmente reversível e uma situação inevitavelmente fatal devido a doença grave e com mau prognóstico. Nestes casos, “a ressuscitação cardiopulmonar-cerebral não deve ser instituída”. (Mathews, 2006, p.132; tradução livre).

Como qualquer outro tratamento instituído a um animal, “a RCPC só deve ser instituída se for esperado um benefício duradouro para o paciente”. Animais que sofrem paragem cardiopulmonar e têm uma doença potencialmente reversível terão maior probabilidade de sobreviver, enquanto que a ressuscitação de pacientes com doença crónica e debilitante irá resultar, provavelmente, no prolongamento do processo de morte destes animais (Bonagura e Twedt, 2009; p.28; tradução livre) Wingfield (1997) refere estudos humanos que indicam que um certo grupo de pacientes não sobrevive: pacientes com oligúria, neoplasia metastizada, sepsis, pneumonia e acidente vascular cerebral agudo; o autor afirma que provavelmente animais com estas condições também não sobrevivem.

Outros factores preditivos do desfecho da ressuscitação cardiopulmonar-cerebral (RCPC), além do conhecimento da história clínica e reversibilidade da causa de paragem cardiopulmonar, são o tamanho do animal, os conhecimentos e perícia do operador, a disponibilidade de pessoal treinado (no mínimo 3 pessoas) e a preparação global de toda a equipa (Bersenas, 2009; Mathews, 2006).

Existem igualmente diversos elementos relacionados com a RCPC que devem estar disponíveis antes mesmo de ocorrer a PCP para otimizar a probabilidade de sucesso, nomeadamente material básico, oxigénio e um carro de emergência contendo medicação de RCPC actualizada e dentro do prazo de validade (Plunkett e McMichael, 2008). Deve haver uma área designada onde estão disponíveis todos os fármacos e equipamentos, de forma visível e organizada (Mathews, 2006).

É importante estabelecer uma boa comunicação com o dono do animal, elucidando-o quanto às expectativas que deve criar face ao desfecho de um internamento crítico. O termo “Decisão de Não Reanimação” (DNR) pode ajudar a expressar a gravidade da situação clínica; este termo pode, simultaneamente, atemorizar o dono mas também fazê-lo perceber que o que pode ser feito são tentativas de reanimação e não uma reanimação garantida, ou que as tentativas podem passar por medidas mais conservadoras (como RCPC externa) ou mais agressivas (como massagem cardíaca interna) (Plunkett e McMichael, 2008).

A decisão de iniciar as tentativas de RCPC deve ser baseada nos desejos do dono do animal e a decisão de terminar os esforços de RCPC deve basear-se no processo patológico do animal, do prognóstico inicial e nos desejos do dono do animal; para tal é essencial manter um contacto constante com o dono, nomeadamente telefónico. No entanto, os esforços de RCPC contínuos

geralmente terminam após 20 minutos (Plunkett e McMichael, 2008), não devendo ultrapassar os 30 minutos (Macintire *et al.*, 2005).

3.3. Metodologias de ressuscitação cardiopulmonar-cerebral

As metodologias de ressuscitação cardiopulmonar-cerebral (RCPC) têm como objectivo providenciar ventilação e circulação artificiais até que se institua suporte avançado de vida e se restabeleça ventilação e circulação espontâneas (Wingfield e Raffe, 2002). Bonagura e Twedt (2009) estende o conceito, descrevendo a RCPC como uma combinação de suporte ventilatório, compressões torácicas e outras medidas de suporte avançado aplicadas em doentes em PCP.

Plunkett e McMichael (2008) esclarecem que realizar compressões torácicas/cardiácas, suporte ventilatório e administrar um choque na fibrilhação ventricular são os únicos procedimentos comprovadamente efectivos no tratamento de paragem cardiopulmonar. Ou seja, diversos estudos concluem que apenas as manobras de compressão torácica/cardiaca manual associada a ventilação manual e o uso de um desfibrilhador para o tratamento de fibrilhação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso prolongaram consistentemente a sobrevida a longo prazo de pacientes com PCP (Plunkett e McMichael, 2008).

A ciência da ressuscitação está em contínuo desenvolvimento e as orientações clínicas devem ser actualizadas regularmente de forma a aconselhar os profissionais de saúde para as melhores práticas (ERC, 2005). O mesmo documento refere que, mesmo dentro da Europa, há diferenças quanto à disponibilidade de fármacos, equipamentos e pessoal, o que requer adaptação das regras de procedimento europeias a nível local, regional e nacional.

3.3.1. Sinais de alarme antes da paragem cardiopulmonar

Existe um conjunto de sinais sugestivos da iminência de uma PCP, nomeadamente:

- Alterações na frequência, profundidade ou padrão respiratório (Wingfield, 1997)
- Pulso fraco ou irregular (Wingfield, 1997)
- Bradicardia (Plunkett e McMichael, 2008; Wingfield, 1997)
- Hipotensão (Plunkett e McMichael, 2008; Wingfield, 1997)
- Hipotermia (Plunkett e McMichael, 2008; Wingfield, 1997)
- Obnubilação (Plunkett e McMichael, 2008)
- Midríase não responsiva (Plunkett e McMichael, 2008) (Wingfield [1997] considera este sinal como indicativo de PCP efectiva)
- Cianose (Wingfield, 1997)
- Alterações inexplicáveis da profundidade da anestesia (Wingfield, 1997)

3.3.2. Reconhecimento ou diagnóstico de paragem cardiopulmonar

O diagnóstico de paragem cardiopulmonar deve concretizar-se rapidamente, em menos de 10 segundos e *quem detecta uma PCP num animal, deve chamar ajuda imediatamente!* Deve reunir-se uma equipa de intervenção, liderada ou conduzida por um elemento (Mathews, 2006). O diagnóstico de PCP faz-se pela identificação de:

- Perda de consciência (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008)
- Apneia (pode ocorrer respiração agónica) (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008; Wingfield, 1997)
- Ausência de sons na auscultação cardíaca (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008; Wingfield, 1997)
- Ausência de pulso palpável (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008; Mathews, 2006; Wingfield, 1997)
- Alteração da cor das mucosas (dependendo da causa, podem ficar cianóticas, cinzentas, avermelhadas ou brancas) (Bersenas, 2009; Mathews, 2006)
- Tempo de repleção capilar (TRC) normal, entre 1 e 1,5 segundos, se volume intravascular e tonus vasomotor normais (Bersenas, 2009; Mathews, 2006)
- Dilatação pupilar apenas após 30 a 45 segundos (mais cedo se se administra Atropina) (Bersenas, 2009; Mathews, 2006)
- Durante uma cirurgia, pode haver ausência de hemorragia quando seria de esperar, ausência de pulsação nos vasos ou sangue de hemorragia escurecido (por falta de oxigenação) (Mathews, 2006; Macintire *et al.*, 2005)

As metodologias de RCPC podem ser divididas em 3 fases (Wingfield, 1997), nomeadamente:

- Suporte básico de vida, uma primeira fase em que os procedimentos aplicados visam a substituição artificial de funções vitais sem recorrer a equipamentos especializados, em concreto respiração e circulação (ERC, 2005);
- Suporte avançado de vida, a fase seguinte, que implica uso de recursos como fármacos e procedimentos, como desfibrilhação eléctrica ou massagem cardíaca interna;
- Suporte prolongado de vida, uma fase posterior à RCPC e essencial para evitar a recorrência de PCP, em que o animal fica monitorizado no contexto dos cuidados críticos continuados.

3.3.3. Suporte básico de vida

Via aérea (*Airway*)

Deve ser verificada e rectificada a presença de alguma obstrução. É essencial entubar rapidamente, usando um tubo endotraqueal bem ajustado, recorrendo ao laringoscópio para confirmar a posição do tubo dentro da laringe; também se pode assegurar a colocação correcta do tubo por palpação manual da traqueia (a palpação de “duas traqueias” indicia que o tubo está colocado no esófago) ou verificando uma leitura positiva de CO₂ *EndTidal* (ETCO₂) num monitor com essa função (Bersenas, 2009; Mathews, 2006).

Ventilação (*Breathing*)

A ventilação faz-se a um ritmo de 10 a 12 por minuto (Plunkett e McMichael, 2008), ou 1 insuflação a cada 6 segundos (Bersenas, 2009); em animais com hipoxia pré-existente ou doença pulmonar grave deve ser aplicado um ritmo ventilatório mais elevado, entre 12 e 15 por minuto (Plunkett e McMichael, 2008). Para tal usa-se um ventilador automático (não recomendado, porque não funciona correctamente durante as compressões torácicas [Bersenas, 2009]) ou manualmente, recorrendo a um Ambu conectado a fonte de oxigénio 100%. Cada insuflação deve durar 1 segundo e deve ser acompanhada de expansão do tórax (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008).

A oxigenação máxima do sangue arterial pode ser alcançada com um volume corrente/volume tidal de 14-20 mL/Kg e uma pressão inspiratória limitada a 20-25 cmH₂O (Bersenas, 2009). Plunkett e McMichael (2009) recomendam uma pressão inspiratória ≤ 20 cmH₂O. Uma superinsuflação do pulmão ou uma frequência demasiado elevada da ventilação reduz a pressão de perfusão coronária, reduz o retorno venoso, função ventricular direita e débito cardíaco na RCPC de tórax fechado (com compressões cardíacas externas), aumenta a pressão intratorácica e está associado a uma redução da taxa de sobrevivência (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008). Adicionalmente, o excesso de ventilação produz hipocarbica, que irá provocar vasoconstrição e redução da perfusão cerebral, o que poderá conduzir a *deficits* neurológicos aquando de uma ressuscitação bem sucedida (Bersenas, 2009).

Antigamente, a frequência respiratória recomendada era de 20 a 24 ventilações por minuto, contudo as novas regras de procedimento recomendam frequências mais baixas. Embora este seja um tema controverso, literatura de medicina humana provou que as compressões cardíacas isoladas resultam em maior sobrevivência do que não realizar qualquer esforço de RCPC; estes resultados sugerem que se uma PCP ocorrer fora de uma instituição hospitalar ou durante o transporte ou se só houver um operador disponível, será recomendado preferir compressões torácicas/cardíacas isoladas enquanto se aguarda por assistência (Plunkett e McMichael, 2008).

Circulação

A correcta circulação de sangue no sistema vascular é mantida numa RCPC pelas compressões cardíacas.

O fundamento das compressões cardíacas baseia-se em duas teorias que se aplicam de acordo com o tamanho do animal (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008; Mathews, 2006):

1) Animais <15 Kg: Teoria de bombeamento cardíaco (*Cardiac Pump Theory*)

As compressões são realizadas directamente sobre o coração, permitindo compressão directa sobre os ventrículos para a ejeção de sangue, colocando uma mão sobre a outra sobre o apêx do coração ou, em cães pequenos (<7Kg) ou gatos, colocando o polegar numa parede costal e os restantes dedos na outra parede costal; devem ser evitadas compressões com as pontas dos dedos;

2) Animais >15 Kg: Teoria de bombeamento torácico (*Thoracic Pump Theory*)

As compressões são realizadas colocando uma mão por cima da outra na porção mais larga do tórax, isto é:

- em decúbito lateral, entre o 5º e 6º espaço intercostal
- em decúbito dorsal, na porção caudal do esterno

As compressões na porção mais larga do tórax permite o efeito bomba pelas alterações da pressão intratorácica (com o relaxamento do tórax há um grande afluxo de sangue ao coração direito), enquanto o coração actua como um conduto passivo.

O ritmo das compressões cardíacas recomendado é de 100 compressões/ minuto (Bersenas, 2009) ou de 80 a 100/minuto (Plunkett e McMichael, 2008). A profundidade das compressões deve ser de 1/3 a 1/2 da profundidade do peito (Bersenas, 2009) ou de 30% da profundidade do peito (Plunkett e McMichael, 2008) e o tempo de compressão deve ser semelhante ao tempo de descompressão. É importante permitir o retorno da caixa torácica à sua posição e volume iniciais e devem ser evitadas interrupções das compressões cardíacas/torácicas por mais de 10 segundos (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008). Não deve haver pausas nas compressões durante as ventilações, cateterização intravenosa (IV), entubação, ligação do electrocardiograma (ECG), palpação de pulso ou administração de fármacos (Plunkett e McMichael, 2008). A importância da não interrupção das compressões é tal, que as regras de procedimento de medicina humana (ERC, 2005), estabeleceram a relação compressões:ventilações de 30:2, quando existe apenas um operador a realizar RCPC, o que também evita a hiperventilação.

As recomendações actuais sugerem ainda que o operador que procede as compressões cardíacas deve ser substituído a cada 2 minutos (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008).

Embora alguns estudos demonstrem que a compressão abdominal alternada com a compressão torácica/cardiaca aumenta o retorno venoso, outros demonstram que não representam vantagens em termos de sobrevivência; as novas regras de procedimento de RCPC em humanos não referem evidências favoráveis ou desfavoráveis a esta técnica (Plunkett e McMichael, 2008).

Tabela 1. Síntese das metodologias de suporte básico de vida

A. <i>Airway</i>
Proceder a intubação orotraqueal
B. <i>Breathing</i>
10 ventilações/minuto (\approx 1 ventilação a cada 6 segundos) com O ₂ 100%
C. <i>Circulation</i>
100 compressões/minuto (\approx 3 compressões a cada 2 segundos)

3.3.4. Suporte avançado de vida

Acesso intravenoso

Deve optar-se pelo maior cateter intravenoso (IV) possível, na veia cefálica ou na jugular se já houver aí uma via estabelecida; o acesso venoso central seria preferível ao periférico, mas durante uma RCPC não deve ser desperdiçado tempo nesta intervenção. Geralmente demora 1 a 2 minutos para a medicação administrada por uma veia periférica chegar à circulação central (Plunkett e McMichael, 2008) e deve ser instilado soro para lavagem após a administração e elevação do membro para facilitar a chegada do fármaco à circulação central (ERC, 2005).

Deve instaurar-se **fluidoterapia** agressiva em doentes hipovolêmicos, com soluções cristalóides, colóides, hipertônicas salinas ou sangue.

Se a PCP for devida a perda sanguínea, hipovolémia ou hipotensão, está indicado no cão a utilização de cristalóides na dose de 90 mL/Kg (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008) e 60 mL/Kg ou 45 mL/Kg no gato (Bersenas, 2009 e Plunkett & McMichael, 2008, respectivamente), administrados o mais rapidamente possível. Alternativamente, podem ser administrados colóides artificiais na dose de 10 mL/Kg no cão e 5 mL/Kg no gato; hipertônicos salinos na dose de 4 mL/Kg no cão e 2 mL/Kg no gato; e sangue total na dose de 20 mL/Kg no cão e gato (Bersenas, 2009). As soluções hipertônicas salinas provaram melhorar a sobrevivência na fibrilhação ventricular quando comparadas com NaCl 0,9%, sendo recomendada uma dose de 4 – 6mL/Kg IV de soro hipertônico salino 3%, administrados lentamente ao longo de 5 minutos para evitar bradicardia vagal e hipotensão (Plunkett e McMichael, 2008).

Se o animal está normovolémico, está recomendado um *bolus* de cristalóides na dose de 20 mL/Kg no cão e 10 mL/Kg no gato (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008). A fluidoterapia conservadora está recomendada nestes casos porque a pressão de perfusão coronária está dependente da diferença entre pressão aórtica diastólica e a pressão no átrio direito; assim, o excesso de fluidoterapia iria aumentar o retorno venoso e pressão no átrio direito, logo diminuir a perfusão coronária e agravar o prognóstico.

A administração de glucose não é recomendada durante a RCPC, excepto se o paciente tem uma hipoglicémia documentada; o estado neurológico após a reanimação é pior em animais com hiperglicémia (Plunkett e McMichael, 2008).

Monitorização electrocardiográfica

A monitorização electrocardiográfica (ECG) do animal possibilita a determinação da actividade eléctrica do coração e a definição do ritmo cardíaco presente, o que permitirá a instituição da terapêutica mais adequada: farmacológica ou recorrendo a desfibrilhador.

São de considerar 4 ritmos que causam paragem cardíaca sem pulso (ver adiante): assistolia, taquicardia ventricular sem pulso, fibrilhação ventricular e actividade eléctrica sem pulso (anteriormente denominada dissociação electromecânica). Outra arritmia importante é a bradicardia sinusal (FC <40-60 bpm no cão e FC <120-140 bpm no gato), causada por aumento do tonus vagal, hipotermia, aumento da pressão intracraniana ou medicação (Plunkett e McMichael, 2008).

Fármacos

A administração de fármacos depende do ritmo cardíaco detectado no ECG.

Independentemente do traçado electrocardiográfico, a **epinefrina ou adrenalina** é a droga de eleição no tratamento da PCP, estando indicada na assistolia, actividade eléctrica sem pulso ou dissociação electromecânica e fibrilhação ventricular (Bersenas, 2009). Durante a PCP, a adrenalina repete-se a cada 2 – 3 minutos segundo Bersenas (2009) ou a cada 3 – 5 minutos segundo Plunkett e McMichael (2008), a dose variável:

- Dose baixa de adrenalina (1:1000): 0,01 mg/Kg IV é recomendado inicialmente e é adequado para a maioria dos animais hipotensos ou com paragem decorrente de bradicardia;
- Dose alta de adrenalina (1:1000): 0,1 mg/Kg IV, se a dose baixa não é eficiente; esta dose produz um aumento dramático na frequência cardíaca (FC), pressão arterial (PA) e fluxo sanguíneo ao cérebro em cães e gatos, mas esta dose pode induzir fibrilhação ventricular, daí ser evitada inicialmente.

Nota: Considerando a apresentação comercial de 1g:1000mL de adrenalina, se esta solução-mãe for diluída na proporção 1:10, obtém-se uma solução cuja correspondência à dose baixa de adrenalina é de 1mL/10Kg; mantendo a diluição da solução-mãe, a correspondência para a dose alta de adrenalina é de 1mL/10Kg.

A adrenalina é um vasopressor, sendo os efeitos na RCPC predominantes a nível da estimulação alfa, com marcada vasoconstrição periférica, que melhora a perfusão cerebral e coronária. Contudo, há também alguma estimulação beta, que no entanto pode ser deletéria, uma vez que há aumento das exigências de O₂ pelo miocárdio consequente ao aumento da contractilidade cardíaca e FC.

Recentemente, a **vasopressina** foi estudada como um vasopressor alternativo. É um vasopressor não adrenérgico com acção constritora a nível periférico e em menor grau a nível coronário e renal e vasodilatadora a nível dos vasos cerebrais (aumentando a perfusão do cérebro) (Plunkett e McMichael, 2008). Tem vantagens sobre a adrenalina por ser um vasoconstritor na presença de acidémia e por ter um tempo de semi-vida prolongado (cerca de 20 minutos) (Bersenas, 2009). Está indicada em todos os tipos de PCP, nomeadamente assistolia, dissociação electromecânica e fibrilhação ventricular. Estudos referentes ao uso de vasopressina em humanos são contraditórios, havendo alguns que evidenciam melhores resultados e outros que mostram não haver diferença (Bersenas, 2009). Em humanos com assistolia, a vasopressina mostrou resultados superiores na taxa de sobrevivência conducente a alta clínica em alguns estudos e é recomendada no tratamento de assistolia (Plunkett e McMichael, 2008). A utilização de vasopressina na RCPC de animais de companhia está a aumentar porque a assistolia é a arritmia mais comumente causadora de PCP (Plunkett e McMichael, 2008). Actualmente o uso ideal da vasopressina não está definido, mas a vasopressina pode substituir a 1ª ou a 2ª dose de adrenalina ou pode ser administrada alternadamente com a adrenalina. Muitos protocolos de medicina humana recomendam que após a dose baixa de adrenalina se administre vasopressina antes de aumentar a dose de adrenalina (Plunkett e McMichael, 2008). A dose recomendado de vasopressina em medicina veterinária é de 0,2 – 0,8 U/Kg IV (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008).

A **atropina** é um anticolinérgico parassimpaticolítico, indicado nas bradiarritmias (bradicardia sinusal ou bloqueio átrio-ventricular) induzidas por aumento do tonus vagal. Durante PCP, é indicada na assistolia e dissociação electromecânica. A dose recomendada é de 0,04 mg/Kg IV no cão e gato (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008), sendo metade da dose administrada inicialmente e a outra metade administrada se não há resposta em 30 segundos. A atropina pode produzir taquicardia sinusal e predispõe para arritmias cardíacas e fibrilhação ventricular.

A **lidocaína** é um antiarrítmico estabilizador de membrana, que eleva o limiar de fibrilhação (dificultando a fibrilhação), mas que também eleva o limiar de desfibrilhação (dificultando a

desfibrilhação, devendo ser portanto evitado se se planejar aplicar um choque). O seu efeito anestésico local suprime actividade ventricular ectópica e a sua acção é dirigida a tecidos arritmogénicos, interferindo minimamente com tecidos com actividade eléctrica normal (ERC, 2005). Na PCP, a lidocaína é indicada na fibrilhação ventricular refractária, não responsiva a desfibrilhação e administração de vasopressores. Segundo Bersenas (2009), a dose é de 2 mg/Kg no cão e 1 mg/Kg no gato, contudo Plunkett e McMichael (2008) referem uma dose para cães de 2 – 4 mg/Kg IV e recomendam o uso cauteloso (ou mesmo não usar) em gatos, a uma dose de 0,2 mg/Kg IV. A lidocaína é mais utilizada nas arritmias pós-RCPC, sendo o antiarritmico de primeira escolha em cães e gatos para o tratamento de arritmias ventriculares; uma infusão de lidocaína (40-60 mcg/Kg/min) produz um efeito antiarritmico prolongado (Bersenas, 2009).

Recentemente, a **amiodarona** foi recomendada como uma alternativa preferencial à lidocaína para o tratamento de fibrilhação ventricular refractária. A amiodarona é um antiarritmico estabilizador de membrana que prolonga o potencial de acção e período refractário e em medicina humana está indicado para fibrilhação ventricular refractária e taquicardia ventricular sem pulso (não responsiva a desfibrilhação ou administração de vasopressores). O uso em medicina veterinária numa PCP é limitado, contudo a dose recomendada é de 5 mg/Kg IV administrada em alguns minutos; pode ser repetido a 2,5 mg/Kg IV após 3 a 5 minutos (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008). A amiodarona só deve ser administrada após os vasopressores (adrenalina ou vasopressina), pelos seus possíveis efeitos hipotensores (associados à velocidade de administração e ao solvente Polisorbato 80, que provoca a libertação de histamina [ERC, 2005]).

Outros fármacos usados incluem bicarbonato de sódio, suplementação de cálcio e magnésio.

O uso de **bicarbonato de sódio** é controverso, estando apenas indicado em casos de acidose severa (acidose metabólica antes da PCP com pH < 7,1) ou de RCPC prolongada (> 10 minutos), a uma dose de 1 mEq/Kg, seguido de 0,5 mEq/Kg a cada 10 minutos (Bersenas, 2009). Plunkett e McMichael (2008) no entanto referem que o melhor tratamento para a acidose respiratória e metabólica decorrente do regime anaeróbio presente na PCP é a maximização da ventilação e perfusão por metodologias de RCPC, uma vez que o bicarbonato de sódio pode inactivar as catecolaminas administradas simultaneamente e pode causar hipernatrémia, hiperosmolalidade, alcalose extracelular, diminuição da resistência vascular periférica, deslocamento para a esquerda da curva de hemoglobina e diminuição da libertação de O₂ pela hemoglobina.

Embora se considerasse o **cálcio** útil na melhoria da contractilidade cardíaca, não há provas do seu benefício na RCPC (Plunkett e McMichael, 2008). Soluções contendo cálcio não são recomendadas durante a RCPC, excepto na presença de hipercalémia, hipocalcémia, ou anestesia inalatória ou

overdose de antagonistas do cálcio, a uma dose de 1 mL/10 Kg de solução a 10% (Bersenas, 2009) ou dose de 0,5 – 1,5 mL/Kg IV lento de gluconato de cálcio 10% (Plunkett e McMichael, 2008).

O **sulfato de magnésio** é um co-factor enzimático que participa em numerosas funções celulares, especialmente na produção de ATP pelo músculo, afectando particularmente a despolarização, repolarização e actividade de *pacemaker* e também o tonus vascular (Plunkett e McMichael, 2008). Está indicado no tratamento de arritmias ventriculares refractárias e/ou hipomagnesémia (a diminuição do magnésio intracelular aumenta a excitabilidade miocárdica, potenciando arritmias ventriculares), a uma dose de 30 mg/Kg IV lento (Bersenas, 2009) ou 0,15 – 0,3 mEq/Kg IV lento durante 10 minutos (Plunkett e McMichael, 2008).

Todos os fármacos devem ser administrados intravenosamente. Se o acesso IV central ou periférico não está estabelecido, todos os fármacos podem ser administrados pelo acesso mais rápido que é intratraqueal (excepto bicarbonato de sódio), sendo neste caso necessário duplicar a dose e fazer uma instilação de 5 mL de solução salina; o acesso faz-se colocando um cateter urinário ou um tubo de borracha de pequeno calibre pela traqueia até à carina (Mathews, 2006). A via intracardiaca não é recomendada pelo risco de laceração das coronárias, isquémia miocárdica, hemorragia, arritmia e pneumotorax (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008; Mathews, 2006).

Desfibrilhação

A desfibrilhação é definida como a reversão da fibrilhação ventricular por um período de, pelo menos, 5 segundos após um choque eléctrico que despolariza as células miocárdicas (Plunkett e McMichael, 2008; ERC, 2005). A desfibrilhação não converte o ritmo mas interrompe-o, e se o coração estiver viável, surgirá um ritmo cardíaco proveniente dos *pacemakers* normais visível no traçado electrocardiográfico (Bersenas, 2009). É recomendada apenas na fibrilhação ventricular e na taquicardia ventricular sem pulso. É o tratamento com maior eficácia comprovada, em humanos. Após uma desfibrilhação com sucesso, podem seguir-se vários minutos de assistolia ou bradicardia. Assim sendo, é necessário continuar as compressões cardíacas até que haja perfusão adequada. As recomendações actuais sugerem administrar um choque e depois realizar RCPC (30 compressões:2 ventilações) durante 2 minutos antes de reavaliar o ritmo e identificar a necessidade de choques adicionais (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008; ERC, 2005). Compressões cardíacas imediatas após o choque aumentam a perfusão miocárdica e aumentam a probabilidade de concretização da desfibrilhação, face à administração de um segundo choque (Plunkett e McMichael, 2008; ERC, 2005). Caso o primeiro choque não seja eficaz, deve-se aplicar um segundo ou mais choques a dose igual ou mesmo superior, se estiver dentro das capacidades do

desfibrilhador; se um choque originar desfibrilhação efectiva e depois houver recorrência de fibrilhação ventricular, aplicar um choque com a mesma energia que foi anteriormente eficaz (ERC, 2005).

Recorrer ao murro précordial (em que a energia mecânica se converte em energia eléctrica com potencial cardioversor) já não é recomendado porque pode deteriorar o ritmo cardíaco, aumentar a frequência da taquicardia ventricular, converter taquicardia ventricular em fibrilhação ventricular ou estabelecer um bloqueio completo ou assistolia (Plunkett e McMichael, 2008).

A desfibrilhação deve ser realizada de acordo com algumas recomendações, nomeadamente:

- Usar pás com a dimensão maior possível (se eléctrodos pequenos, pode haver necrose do miocárdio) (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008);
- Aplicar gel condutor nas pás (não usar álcool, gel de ultrasonografia ou outro material não condutor [Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008]);
- Colocar o animal em decúbito dorsal;
- Colocar uma pá em cada lado do tórax;
- Evitar o contacto com os membros do animal, com a mesa, eléctrodos do ECG ou qualquer outro dispositivo conectado ao animal; atenção a fontes de O₂, há risco de se iniciar um fogo (ERC, 2005);
- Gritar “AFASTEM-SE” ou “ATENÇÃO, VOU CHOCAR” e confirmar que todos os operadores estão afastados antes de dar o choque;
- Se possível, chocar no final da expiração, quando a impedância transtorácica é mínima (ERC, 2005).

A reversão eléctrica/desfibrilhação associa-se a uma dose. A dose é dependente do tipo de desfibrilhador, ou seja, são necessárias doses mais altas no tipo monofásico e doses mais baixas no tipo bifásico; os desfibrilhadores mais recentes são em regra bifásicos e 90% mais eficientes no 1º choque (ERC, 2005). Não obstante, as doses recomendadas são (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008):

2 a 5 J/Kg (1º choque)
ou
50 J (cães pequenos e gatos)
100 J (cães médios)
200 J (cães grandes)
ou
7 J/Kg (animais pequenos < 15 Kg)
10 J/Kg (animais grandes > 15 Kg)

Na desfibrilhação interna, devem ser colocadas esponjas embebidas em solução salina entre as pás e o coração e devem ser administrados choques com 1/10 da energia em relação à usada na desfibrilhação externa, ou seja: 0,2-0,5 J/Kg (Plunkett e McMichael, 2008).

Ritmos que causam paragem cardíaca sem pulso

· Assistolia

Em humanos, a taxa de sobrevivência de PCP com assistolia é muito baixa; a assistolia é o ritmo mais frequente de PCP em cães e gatos, podendo resultar de numerosos processos patológicos graves, trauma e aumento do tonus vagal (Plunkett e McMichael, 2008). É importante distinguir assistolia de fibrilhação ventricular fina no traçado de ECG e aplicar metodologias de RCPC de alta qualidade com interrupções mínimas e identificar e tratar causas reversíveis ou complicações (Plunkett e McMichael, 2008); a desfibrilhação não se deve realizar se há dúvidas entre assistolia e fibrilhação ventricular fina (ERC, 2005).

Não houve medicação comprovadamente efectiva no tratamento de assistolia (Plunkett e McMichael, 2008), mas em teoria poderia ser revertida com um vagolítico, dada a possibilidade de ter sido precipitada ou exacerbada por excessivo tonus vagal (ERC, 2005). Mathews (2006) refere a assistolia como a causa provavelmente mais comum de PCP e a necessidade de administração de epinefrina, se a ventilação por si só não é eficiente. A administração de atropina em humanos não mostrou evidência de melhoria da sobrevivência, mas está recomendada a sua administração na assistolia e na actividade eléctrica sem pulso lenta (ERC, 2005).

· Actividade eléctrica sem pulso

Esta é uma situação em que existe actividade eléctrica cardíaca detectável no ECG, com ritmo sinusal normal, mas não existe contractilidade do miocárdio associada, logo não se verifica pulso palpável ou auscultações cardíacas. Também neste caso não existe tratamento efectivo, o prognóstico é mau e as tentativas de reanimação devem centrar-se em RCPC de alta qualidade e tratamento de causas reversíveis de factores predisponente a complicações (Plunkett e McMichael, 2008).

A actividade eléctrica sem pulso é geralmente causada por condições reversíveis (ERC, 2005), pelo que é recomendado o tratamento da causa subjacente e a administração inicial de atropina (Mathews, 2006).

Tanto a assistolia como a actividade eléctrica sem pulso, encontram-se na mesma categoria dos ritmos não chocáveis, segundo as orientações de procedimento do ERC (2005).

- *Taquicardia ventricular*

A taquicardia ventricular é um ritmo rápido que resulta de uma estimulação eléctrica repetitiva a partir de um foco ectópico ou de um foco localizado na rede de Purkinge ou miocárdio ventricular e pode originar fibrilhação ventricular (Crawford *et al.*, 2004; Plunkett e McMichael, 2008). Pode ser causada por hipoxia, dor, isquémia, sepsis, alterações electrolíticas, trauma, pancreatite, dilatação gástrica e vôlvo, doença cardíaca primária e outras condições patológicas, sendo necessário tratar a causa subjacente (Plunkett e McMichael, 2008).

A taquicardia ventricular sem pulso, como a fibrilhação ventricular, é um ritmo chocável e requer desfibrilhação atempada (ERC, 2005).

- *Fibrilhação ventricular*

A fibrilhação ventricular consiste numa excitação ventricular desorganizada, que resulta numa contracção miocárdica dessincronizada e inadequada, comprometendo a função bomba do coração. A perda repentina do débito cardíaco conduz a isquémia tecidual global, sendo o cérebro e miocárdio mais susceptíveis. A fibrilhação ventricular pode apresentar desde um padrão fino (mais difícil de converter), padrão com pouca amplitude, padrão com maior amplitude ou mesmo com uma aparência mais ordeira no traçado electrocardiográfico (Plunkett e McMichael, 2008). É o ritmo mais comum em humanos com PCP, podendo ser precedido de taquicardia ventricular ou mesmo taquicardia supraventricular (ERC, 2005)

Requer desfibrilhação imediata e administração de fármacos (Mathews, 2006); segundo as orientações do ERC em humanos (2005), a execução precoce de compressões cardíacas e insuflações (30:2), antes da chegada do desfibrilhador, pode duplicar ou triplicar a sobrevivência de PCP por fibrilhação ventricular. As orientações humanas (ERC, 2005) recomendam a administração do 2º choque e se persistir a fibrilhação, administrar adrenalina e imediatamente um 3º choque.

Procedimentos invasivos: compressões cardíacas internas

As compressões cardíacas internas são indicadas em animais traumatizados que não têm a parede torácica intacta (*i.e.* fractura de costelas) ou em casos de doença do espaço pleural (*i.e.* pneumotorax, hemotorax, hérnia diafragmática) ou em caso de derrame pericárdico; a RCPC de torax aberto é também recomendada em doentes em que as tentativas de reanimação por compressão externa durem 2 a 5 minutos sem sucesso ou mais cedo em animais de maior porte com alterações conformacionais (que comprometam as compressões externas) (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008).

Mathews (2006) refere a indicação de RCPC de toráx aberto em casos de PCP por perda sanguíneas massivas ($\geq 40\%$) ou choque anafilático ou ainda em animais com >15 Kg (ou animais tão grandes quanto a incapacidade do operador efectuar compressões externas) quando não se verifica retorno espontâneo da circulação em 2 minutos, contudo advoga a sua experiência que lhe permitiu afirmar que com compressões cardíacas externas e epinefrina, alguns cães >15 Kg (alguns >30 Kg) retornaram à circulação espontânea sem consequências neurológicas. A mesma autora alerta, todavia, para a necessidade de preparação da equipa para procedimentos invasivos na maioria dos casos de PCP.

A massagem cardíaca interna aumenta a perfusão cerebral e coronária, o débito cardíaco, a PA e a sobrevivência; também permite a visualização directa das estruturas torácicas num trauma torácico e permite avaliar o enchimento cardíaco. Contudo, a massagem cardíaca interna está associada a maior morbilidade e aumento do risco de infecção (Bersenas, 2009).

Plunkett e McMichael (2008) referem a colocação de um *clamp* em torno da aorta descendente para aumentar o fluxo sanguíneo coronário e cerebral ou, em alternativa, aplicar pressão digital com um dedo enquanto o resto da mão faz massagem cardíaca directa; esta técnica deve ser aplicada por menos de 10 minutos e a retirada do *clamp* ou da pressão digital deve ser lenta.

Tabela 2. Síntese das metodologias de suporte avançado de vida

- Estabelecer via endovenosa
- Monitorizar ECG e determinar o ritmo cardíaco
- Administração de fármacos
- Desfibrilhação
- Procedimentos invasivos

Avaliação do doente durante RCPC

A avaliação do animal durante a RCPC permite estimar o grau de sucesso das tentativas de reanimação. A avaliação da **cor das mucosas** e do **tempo de repleção capilar** (TRC) permite aferir a melhoria da perfusão (Bersenas, 2009), embora Plunkett e McMichael (2008) citem a medição de CO_2 no final da expiração (*End-tidal* CO_2 - **ETCO₂**) como indicador de perfusão.

Deve ser monitorizada a **pressão arterial** (PA); embora a medição da PA seja difícil com o Doppler durante as tentativas de RCPC, se eventualmente a sonda estiver no local certo (sobre uma artéria) antes da PCP, a detecção de sons audíveis durante as compressões cardíacas é uma excelente forma de confirmar a eficácia dessas compressões. Em alternativa, a sonda de Doppler pode ser

colocada sobre a córnea lubrificada e as compressões associadas à emissão de sons sugerem uma melhoria do DC e perfusão cerebral (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008; Mathews, 2006). A avaliação do **pulso femoral** durante as compressões permite verificar a sua eficácia (e comunicar ao operador que as realiza) e também permite verificar o retorno de circulação espontânea (Bersenas, 2009). Contudo Plunkett e McMichael (2008) apresentam o argumento de que o pulso femoral ou carotídeo pode ser confundido com um pulso venoso palpado durante a RCPC por fluxo retrógrado com origem nas veias cavas. Após uma desfibrilhação bem sucedida, é raro conseguir um pulso palpável logo após o choque, pelo que a avaliação de pulso deixa de ser uma prioridade face aos 2 minutos de RCPC (30:2) (ERC, 2005).

O **ECG** deve ser monitorizado para verificar o ritmo cardíaco e dirigir a intervenção necessária.

Um **oxímetro** de pulso pode ajudar na percepção de perfusão na língua (Bersenas, 2009), mas é um mau indicador de saturação de O₂ porque o fluxo sanguíneo periférico é inadequado (Plunkett e McMichael, 2008).

Por fim, a **ETCO₂** baixa até zero na paragem cardiopulmonar. O aumento da ETCO₂ durante RCPC indica melhoria na perfusão; leituras de ETCO₂ < 10 – 15 mmHg estão associadas a um mau prognóstico.

Causas potencialmente reversíveis

As causas potencialmente reversíveis são simultaneamente factores agravantes e podem ser divididos em 2 grupos de acordo com a letra inicial: 4 Hs e 4 Ts (ERC, 2005):

Os 4 Hs são:

- Hipóxia: para minimizar este factor, deve-se assegurar ventilação adequada com 100% O₂;
- Hipovolémia: deve ser instituída fluidoterapia agressiva e se a causa adjacente for hemorragia (por trauma, hemorragia gastrointestinal, etc) deve optar-se por cirurgia urgente;
- Hipercalémia, hipocalémia, hipocalcémia, acidémia ou outras alterações electrolíticas: o diagnóstico é feito por testes bioquímicos, história clínica (ex. insuficiência renal) ou pelo traçado electrocardiográfico; deve ser administrado cloreto de cálcio se hipercalémia, hipocalcémia e sobredosagem de bloqueadores de canais de cálcio, como já referido;
- Hipotermia: por exemplo, num afogamento.

Os 4 Ts são:

- Pneumotorax de tensão: pode ser a causa primária de actividade eléctrica sem pulso e pode ser consequência de colocação de cateter venoso central; deve realizar-se toracocentese;

- Tamponamento cardíaco: ocorre por exemplo num trauma torácico penetrante e deve ser tratado por pericardiocentese ou toracotomia;
- Tóxicos: uma intoxicação pode ser diagnosticada pela história ou por investigação laboratorial; deve ser administrado antídoto se possível e fazer tratamento de suporte;
- Tromboembolismo: principalmente tromboembolismo pulmonar; deve ser considerada a administração de um fármaco trombolítico.

3.3.5. Suporte prolongado de vida

Os objectivos no pós-RCPC são garantir suporte cardio-respiratório, otimizar a perfusão tecidular e prevenir a recorrência de PCP (Bersenas, 2009).

Uma PCP comumente volta a ocorrer após RCPC em pacientes veterinários (Plunkett e McMichael, 2008). A incidência de nova paragem cardiopulmonar após RCPC é alta, sendo de 68% no cão e de 37,5% no gato (Bersenas, 2009).

São comuns as complicações após RCPC, nomeadamente edema cerebral, hipoxemia, lesões de reperfusão, hemostase anormal, insuficiência renal aguda, sepsis, síndrome de disfunção multiorgânica e PCP recorrente (Plunkett e McMichael, 2008).

Após uma RCPC bem sucedida, deve ser instituída terapêutica dirigida à causa de PCP enquanto se procede à **monitorização** dos seguintes parâmetros (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008): pulso, ritmo cardíaco (ECG) e FC, estado mental, oximetria de pulso, temperatura corporal, sons respiratórios e avaliação da frequência respiratória (FR), coloração das membranas mucosas e TRC, pressão arterial, produção de urina (1 – 2 mL/Kg/h), equilíbrio electrolítico, gases sanguíneos, hematócrito, níveis de glucose no sangue, lactato sérico, pressão venosa central, coagulação e conforto do animal.

Deve ser fornecido **oxigénio suplementar a 100%** se o animal apresenta uma ventilação espontânea inadequada, mas a concentração de O₂ deve descer a < 60% para evitar toxicidade ao oxigénio (Bersenas, 2009; Plunkett e McMichael, 2008). Para estimular a ventilação espontânea, deve inserir-se uma agulha 25G na base da linha média doiltrum nasal e girar, esfregando o perióstio maxilar (Plunkett e McMichael, 2008; Mathews, 2006).

A **fluidoterapia** IV deve ser administrada com precaução, optando por cristalóides a doses conservadoras, fazendo fluidoterapia agressiva só se o animal estava hipovolémico antes da PCP; para melhorar a perfusão periférica, o débito cardíaco (DC) e a PA, pode ser vantajoso a administração de colóides em bolus ou até mesmo um **ionotropo** positivo (dobutamina como primeira opção, pois não causa excessiva vasoconstrição, a dose de 2 – 20 µg/Kg/min IV CRI;

dopamina como segunda opção, a dose de 1 – 10 µg/Kg/min IV CRI) ou um **vasopressor** (como adrenalina, vasopressina ou noradrenalina em CRI) (Plunkett e McMichael, 2008).

A disfunção neurológica é uma consequência muitas vezes observada após RCPC, sendo aconselhável aguardar 48h após o episódio para estabelecer um prognóstico favorável ou desfavorável (Plunkett e McMichael, 2008). Para evitar o aumento de consumo de O₂ pelo cérebro deve ser evitada hipertermia, dispositivos que estimulem o reflexo do espirro (como cânulas nasais ou tubos de esofagostomia) e deve administrar-se antiepilépticos em animais com convulsões; glucocorticóides estão contraindicados, porque a hiperglicemia agrava a lesão neurológica (Plunkett e McMichael, 2008).

Estudos em humanos identificaram 4 sinais clínicos observados 24h após ressuscitação associados a mau prognóstico neurológico: ausência de reflexo corneano, ausência de resposta pupilar, ausência de resposta de retirada à dor e ausência de resposta motora (Plunkett e McMichael, 2008). Dependendo da causa subjacente à PCP (ex. durante uma anestesia/cirurgia) ou eventual massagem cardíaca interna, pode ser essencial medicação dirigida à **dor**, com morfina (0,1 - 0,5 mg/Kg IV), metadona (0,1 – 0,5 mg/Kg IV), butorfanol (0,1 – 0,4 mg/Kg IV), hidromorfona (0,01 – 0,05 mg/Kg) ou fentanil (2 – 4 µg/Kg/h CRI) (Mathews, 2006).

O animal deve ser mantido com a cabeça e ombros a 15-20°, não permitindo que a cabeça desça abaixo do nível do corpo (Mathews, 2006).

O **suporte nutricional** deve ser instituído com a brevidade possível, podendo ser necessário considerar a necessidade de alimentação por tubo ou suporte nutricional parenteral (Plunkett e McMichael, 2008).

Todavia, mesmo recuperando a circulação espontânea após PCP, os pacientes podem sucumbir a complicações posteriores, nomeadamente ao **“Síndrome Pós-Ressuscitação”**, como denominado em medicina humana (Crawford *et al.*, 2004); este síndrome consiste em disfunções complexas que incluem choque cardiogénico, choque hipovolémico, síndrome de resposta inflamatória sistémica e disfunção multiorgânica. O síndrome de pós-ressuscitação pode ser descrito nas seguintes fases:

1. Inicialmente observa-se disfunção cardiovascular, geralmente reversível nas 12-48 horas seguintes; esta lesão miocárdica não letal é provavelmente mediada por radicais livres de oxigénio e resulta em disfunção cardíaca no pós-ressuscitação e em arritmias;
2. A hipoxia generalizada conduz a lesão e disfunção microvascular e cerebral;
3. Após as primeiras 24 horas o *status* hemodinâmico melhora, mas o aumento da permeabilidade intestinal predispõe a sepsis, que se pode manifestar dias mais tarde e muitas vezes conduz à morte;

4. Pode ocorrer também síndrome de disfunção multiorgânica, como resultado da deterioração continuada dos órgãos esplâncnicos.

Segundo Crawford *et al.* (2004), poucos estudos têm sido conduzidos com o objectivo de encontrar técnicas eficientes no combate às alterações sistémicas acima referidas. No entanto, ensaios recentes em medicina humana corroboram a utilização de hipotermia terapêutica: a hipotermia ligeira (32°-34°C) é simples, segura e efectiva e os efeitos adversos observados na hipotermia moderada (28°-32°C), como fibrilhação ventricular, são evitados.

Contudo, Plunkett e McMichael (2008) contrapõem o argumento de que a hipotermia induzida na medicina humana implica monitorização avançada e dispositivos médicos geralmente pouco disponíveis em medicina veterinária, além da hipotermia estar associada a complicações como arritmias e coagulopatias. Os mesmos autores referem-se a uma **hipotermia permissiva**, que consiste no não aquecimento do animal quando este arrefece durante os esforços de RCPC, sendo a temperatura pretendida em cães e gatos de 33-34°C; a hipotermia permissiva diminui as exigências de O₂ pelos tecidos, reduz o comprometimento neurológico após a PCP e pode aumentar a taxa de sucesso da RCPC.

3.4. Questões éticas nos cuidados críticos em Medicina Veterinária

Em emergência e cuidados intensivos em particular, e mesmo em Medicina Veterinária no global, a dimensão moral mais complexa é a questão da actuação do veterinário zelar pelos melhores interesses do animal ou do dono do animal/cliente da clínica ou hospital. Bernard Rollin (em Wingfield, 2002) considerou esta “*a questão fundamental da ética veterinária*”: a quem deve primariamente o veterinário a sua obrigação, ao dono ou ao animal? O mesmo autor refere dois modelos de conduta que abordam ambas as partes da questão: o *Modelo Pediátrico (Pediatrician Model)* em que o veterinário serve o animal e põe de lado os interesses do cliente, e o *Modelo do Mecânico de Garagem (Garage Mechanic Model)* em que o veterinário basicamente procura a satisfação do cliente, que é o dono do animal, independentemente dos interesses do animal.

Para entender o significado global desta questão é necessário reconhecer três categorias contidas na natureza da ética (Rollin, 2002): a ética de consenso social, a ética pessoal e a ética profissional. A **ética de consenso social** está alicerçada nos conceitos de certo e errado, com uma objectividade social tão válida como a que determina as regras de gramática ou de trânsito, e com a capacidade de influenciar o estabelecimento de leis e regulamentos. Um exemplo desta capacidade de instigar a formulação de leis é a pressão social de facções contra e a favor de questões como a clonagem, a investigação de células estaminais, touradas ou animais de circo. Rollin (2002) revela

um percurso histórico assinalável em relação à dor. Até aos finais dos anos 80 do século passado, a cirurgia cardiotorácica em recém-nascidos humanos era realizada sob acção de agentes paralíticos e não de anestésicos, já que a definição oficial de dor pela *International Association for the Study of Pain* assumia a capacidade da linguagem como uma condição para sentir dor; num passado recente não havia literatura veterinária acerca de analgesia animal nos Estados Unidos da América (EUA) até as leis federais sobre animais de laboratório, em 1985, estipularem que os animais sentiam dor e que era necessário controlá-la.

Em 1975, a publicação de Peter Singer “Animal Liberation” desafiou as atitudes dos humanos perante o tratamento dos não-humanos e foi um marco na discussão de questões éticas na nossa relação com os animais. Lori Gruen (1993) refere que a obra de Peter Singer permitiu chegar ao consenso de que os animais não são meros seres autómatos, mas que sofrem e merecem consideração moral. Nos dias que correm, é socialmente consensual que sentir dor é errado (em princípio já estão ultrapassados argumentos como os que defendem que a dor enobrece o carácter) e que devem ser feitas leis que protejam as pessoas e os animais de sentir dor.

Apesar da ética de consenso social, a sociedade deixa algumas decisões éticas ao indivíduo e à sua **ética pessoal**, como por exemplo, as opções alimentares ou sexuais de cada um. No entanto, a sociedade pode intervir no comportamento individual derivado da ética pessoal de cada um e das suas opções, prevenindo por exemplo escolhas discriminatórias contra minorias (por exemplo, leis de combate às desigualdades salariais entre homens e mulheres) ou outras situações de injustiça. Em particular, na prática clínica, ao veterinário é frequentemente imposto o dilema pessoal do que fazer a um animal em situação crítica cujo dono tem poucas posses: eutanasiar ou trabalhar gratuitamente?

A **ética profissional** não se trata de regras de etiqueta entre os profissionais mas de orientações de regulação de cada profissão feitas pelos próprios profissionais. O cumprimento desta ética é em regra avaliado e disciplinado internamente, salvo situações que excedem os limites da profissão em que se apela à intervenção da sociedade e do sistema legal, como por exemplo a questão do aborto em Portugal, que anteriormente ao referendo de 2007, era contraproducente com o código deontológico dos médicos.

Em vários países, têm vindo a aumentar ao longo dos anos as leis que se destinam à protecção animal. Sendo o animal uma propriedade aos olhos da lei, os donos têm deveres a cumprir. Desde as leis que punem a crueldade deliberada perante os animais ou a negligência extrema (talvez numa tentativa de proteger a sociedade de sádicos e psicopatas que começam por abusar de animais até chegarem ao ponto de abusarem de pessoas [Rollin, 2002]), até uma série de requisitos que os proprietários dos animais devem cumprir quando pretendem fazer uso das utilizações

habituais dos animais, como a investigação científica, touradas, caçadas ou actividades circenses; destaca-se, contudo, o volume de legislação dedicado aos animais de exploração agrícola, onde as directrizes para as suas condições de vida e bem-estar são cada vez mais exigentes. No entanto, a tentativa de conciliar o princípio de controlo de dor e o princípio de produtividade máxima na pecuária tem sido gradual, tendo em conta que, por exemplo, nos EUA são produzidos 8 biliões de frangos de carne por ano e 80% entram no circuito comercial com fracturas e hematomas consideráveis (Rollin, 2002).

Apesar de todas estas leis emergentes limitarem-se à questão da dor e do sofrimento animal e não à vida animal em si, este é sempre um argumento de peso perante um dono que insiste em manter o seu animal vivo e em sofrimento. Aliás, Rollin (2002) refere, a propósito das leis aplicáveis aos animais de investigação, que “se a eutanásia é a única forma de controlar o sofrimento, o animal deve ser eutanasiado. Sofrimento prolongado e sem tratamento possível não é permitido de acordo com estas leis” (p. 1209; tradução livre). O autor acrescenta que no seu ponto de vista, a mesma lógica aplica-se a um animal propriedade de um indivíduo privado; se o consenso da sociedade condena o sofrimento animal mesmo que seja em benefício da humanidade, seguramente irá condenar o dono que mantém o seu animal em sofrimento vivo por razões egoístas. Gruen (1993) corrobora, afirmando que a opinião pública (incluindo pessoas que não atribuem qualquer importância aos animais) foi obrigada a considerar que, pelo menos, o sofrimento animal e morte gratuitos não são moralmente aceitáveis.

Actualmente tem-se verificado uma pressão crescente do consenso social face à natureza de cada animal, ou seja, à possibilidade de cada animal poder viver as características inerentes à sua espécie. Isto pode ser conseguido artificialmente com medidas de enriquecimento do meio onde vivem, para melhorar o seu bem-estar. Assim sendo, Rollin (2002), refere que um cão (ou outro animal) que sofre de dor significativa constante deixa de ser um cão, a sua existência normal passa a estar subordinada à dor; até mesmo um humano afirma que com níveis extremos de dor deixa de se focar na vida, mesmo sendo uma criatura com capacidade de esperança e de antecipação do fim do sofrimento. Mesmo na ausência de leis concretas e perante um dono intransigente, o veterinário pode contar com o consenso social de que a dor deve ser controlada ou eliminada e que o seu conforto e bem-estar devem ser preservados.

Porém, para a medicina científica, humana ou animal, o sucesso ou insucesso da sua actuação passa por curar a doença ou o paciente morrer; pouca ênfase é atribuída ao conforto, sendo mesmo uma pasta passada a outras profissões, como a enfermagem. Em veterinária, ainda é aceitável fazer castrações ou descornas sem anestesia ou recorrendo a agentes paralíticos, o que desconsidera o ideal de alívio da dor e ainda mais o de conforto.

O Código Deontológico Médico-Veterinário refere genericamente no ponto 2 do artigo 2º do Capítulo I das Disposições Gerais a imposição aos Médicos-Veterinários “ [...] o dever de exercer a sua actividade com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, o respeito pela vida e bem estar animal [...]”, deixando em suspenso o conceito de vida e bem estar animal e quais as condutas necessárias para estas serem respeitadas. Muito menos estão aprofundadas estas questões no contexto dos cuidados críticos.

3.4.1. Ética na ressuscitação cardiopulmonar-cerebral

Concretizando o tema da ressuscitação cardiopulmonar-cerebral, a questão de iniciar ou não os esforços de reanimação é uma questão complexa. Enquanto que uma RCPC bem sucedida pode conseguir o prolongamento de uma vida de qualidade (e simultaneamente um grande alívio para os donos dos animais), pode do mesmo modo prolongar uma vida de sofrimento e arrastar o processo de morte. Efectivamente, tanto em medicina humana como em veterinária, a taxa de sucesso de RCPC é relativamente baixa.

Crawford *et al.* (2004) refere em relação à reanimação em medicina humana:

As tentativas de reverter a morte podem não ser consistentes com os desejos ou melhores interesses de alguns doentes, pelo que devem ser tomadas medidas de prevenção de mal-entendidos ou de realização de esforços fúteis de ressuscitação. Também é importante os profissionais de saúde compreenderem que não são obrigados a administrar cuidados aparentemente inapropriados ou fúteis. A melhor forma de prevenir estas questões é colocá-las antes das situações acontecerem. (Crawford *et al.*, 2004, p.795; tradução livre)

Em medicina humana, existem quatro princípios chave na ressuscitação e nas decisões de término de vida (ERC, 2005): 1) beneficência, em que actuação médica deve providenciar os benefícios da relação risco benefício, 2) não maleficência, para não prejudicar o paciente, 3) justiça, em que os mesmos esforços de ressuscitação devem estar disponíveis para todos os que eventualmente precisem e 4) autonomia, que garante ao paciente tomar decisões conscientes, informadas, em vez das decisões paternalistas tomadas pelos profissionais de saúde.

Em medicina humana, um adulto deve ser sujeito a reanimação excepto se cumprir com um dos seguintes critérios delineados pelas *International Guidelines 2000* (Crawford *et al.*, 2004) e orientações do ERC 2005: se o doente apresenta uma ordem ou decisão de não reanimação (DNR) válida; ou se o doente tem sinais de morte irreversível como *rigor mortis* ou decapitação, hemicorporectomia, submersão prolongada conhecida, inceneração ou maceração fetal; ou se não são esperados quaisquer benefícios fisiológicos na presença de deterioração de uma função vital

perante tratamento máximo, como ocorre na sepsis terminal. Nas orientações do ERC (2005), refere-se a idade como um factor pouco preditivo do desfecho, embora uma idade avançada esteja frequentemente associada a co-morbilidade, que pode influenciar no prognóstico; pelo contrário, há circunstâncias mitigantes, como hipotermia, que podem justificar o prolongamento dos esforços de reanimação.

Outra decisão difícil no contexto da RCPC, é quando terminar os esforços de reanimação.

Em humanos adultos, a hipótese de sobrevivência sem compromisso neurológico severo é essencialmente zero quando RCPC é administrada por mais de 25 minutos sem retorno espontâneo de circulação, excepto se existe fibrilhação/taquicardia ventricular intermitente ou se a PCP está associada a trauma, hipotermia, *overdose* de drogas ou uma etiologia respiratória (Crawford *et al.*, 2004). As orientações do ERC (2005) referem para humanos factores que influenciam a cessação dos esforços de reanimação que incluem história médica e prognóstico, o período entre a PCP e o início dos esforços de RCPC, a precocidade da desfibrilhação, tempo de assistolia e presença de causa irreversível, quando estão instituídas medidas de suporte avançado de vida; é aceite que os esforços de RCPC se mantenham durante fibrilhação ventricular e se interrompam se há assistolia há mais de 20 minutos, mas cada caso deve ser avaliado individualmente; a decisão de interromper a RCPC é do líder da equipa, e deve envolver a opinião dos outros elementos.

A presença da família foi referida nas orientações humanas do ERC (2005), nomeadamente que muitos familiares gostariam de estar presentes durante as tentativas de ressuscitação e, dos que estiveram, mais de 90% fá-lo-iam outra vez; a maioria dos pais, queriam estar com os seus filhos neste momento. Com efeito, existem várias vantagens para os familiares com a sua presença na ressuscitação de entes queridos, nomeadamente a ajuda na tomada de consciência da morte, a possibilidade de comunicar e tocar na pessoa nos momentos finais e enquanto está quente, o sentimento de que puderam estar presentes e a dar apoio num momento que tanto precisavam e a percepção de que tudo que era possível fazer, foi feito. Contudo, a ressuscitação deve ser conduzida com competência e sob uma liderança firme, as pessoas devem ser informadas antes de entrar, em concreto, de eventuais procedimentos invasivos, de que não devem interferir com as intervenções e que quando os pacientes não respondem às metodologias de RCPC, estas são interrompidas. O documento do ERC (2005) refere ainda que tem vindo a aumentar os casos de presença de familiares durante a RCPC e que raramente são levantados problemas. A maioria das pessoas entra e fica apenas por alguns minutos, o suficiente para se despedirem da vítima. Esta é uma postura recente, que reflecte uma maior abertura dos profissionais de saúde à presença dos familiares e, ao mesmo tempo, à autonomia dos pacientes e família.

Quando os esforços de reanimação não são bem sucedidos, há que informar o dono do animal do sucedido. Este é um momento que o dono vai sempre recordar, pelo que deve ser conduzido com a maior correcção e sensibilidade possíveis. É uma missão que coloca o veterinário numa situação stressante, mas é importante saber que o acto de dar más notícias pode e deve ser aprendido. O médico responsável e líder da equipa de reanimação deve fazer o comunicado; deve saber com quem está a falar e levar a pessoa para uma sala à parte, confortável, e falar-lhe sentado ao mesmo nível (a linguagem corporal é muito importante); deve trazer vestido uma roupa limpa, sem manchas de sangue; deve estar perfeitamente ao corrente do caso do animal falecido e comunicar com alguma brevidade que o seu animal morreu. As orientações do ERC (2005) aconselham a usar palavras claras, como “morreu” e evitar expressões como “o animal deixou-nos”. Discutir com demasiado detalhe os pormenores clínicos não ajuda nesta altura, deve-se esperar que sejam perguntados; deve-se assegurar de que tudo o que era possível foi feito e de que o animal não sofreu; tocar na pessoa pode ser apropriado, mas varia muito com a pessoa que está do outro lado. As reacções às más notícias são variadas, e incluem (ERC, 2005):

- Alívio (“Finalmente o seu sofrimento acabou” ou “Felizmente foi uma morte repentina”)
- Raiva para com a vítima (“Porque é que ele fez aquilo?” ou “Deixou-me aqui neste estado”)
- Culpa (“Porque é que eu não procurei ajuda mais cedo?”)
- Raiva para com o sistema médico (“O médico era demasiado jovem, não sabia o que fazia”)
- Choro descontrolado
- Estado catatónico total e inexpressivo

Em medicina humana, a morte pode afectar algum dos membros da equipa que entrevistou e assistiu à morte, principalmente elementos mais inexperientes (ERC, 2005), pelo que é aconselhável uma discussão de equipa sobre o caso, fazendo críticas positivas e construtivas sobre as técnicas utilizadas e reforçando que o stress pela morte do paciente pode ser uma reacção normal.

3.4.2. Decisão de Não Reanimação (DNR)

A decisão de não reanimação (*do-not-resuscitate [DNR] orders*) é uma forma de directiva que em medicina humana orienta os profissionais de saúde quanto ao tipo e extensão de cuidados médicos oferecidos a cada doente (Lacroix e Noling, 2002). Segundo os mesmos autores, embora sendo raramente usadas em medicina veterinária, este tipo de directivas permitiriam aos donos especificar o tipo de cuidados que querem que os seus animais sejam sujeitos em situações de acidente ou de risco de vida e, ao mesmo tempo, iriam proteger os veterinários de decisões difíceis perante um animal em estado crítico e um dono incontactável; também iria permitir aos donos envolverem-se

mais activamente nas decisões de saúde do seu animal e evitar mal-entendidos, tanto por parte dos donos como por parte dos veterinários. Simultaneamente, se os donos tiverem que considerar uma DNR antes de uma situação de emergência, terão mais tempo para reflectir acerca dos aspectos éticos, emocionais e financeiros consequentes à sua decisão, evitando sentenças impulsivas e precipitadas.

Contudo, mesmo adaptando formulários de DNR da medicina humana (ver Anexo 4) ou simplesmente indicando na ficha clínica do animal a DNR, a implementação destes procedimentos numa instituição veterinária obriga à adopção de políticas (ver Anexo 5) e de condições para a formação de veterinários em questões éticas, para que possam discuti-las com os donos dos animais (Lacroix e Noling, 2002).

Concretamente, a DNR estabelece instruções ao clínico para não aplicar ressuscitação cardiopulmonar-cerebral ou outras técnicas que prolonguem a vida do animal; é tipicamente discutida quando os animais estão terminalmente doentes ou com doença em que a RCPC seria um fracasso ou prejudicial (Lacroix e Noling, 2002).

A DNR constitui um consentimento informado do dono, ou seja, o dono tem de ser esclarecido quanto a 1) razões para a DNR e suas consequências, 2) tratamentos que não serão implementados e 3) alternativas possíveis e suas consequências; adicionalmente, o dono deve ter oportunidade de fazer perguntas ou de procurar uma segunda opinião (Lacroix e Noling, 2002).

Também no momento da DNR, questões éticas se levantam. Embora ninguém possa estar seguro dos desejos do animal, é razoável a presunção de que os donos são as pessoas mais qualificadas para esse tipo de decisão; esta é, efectivamente, a conduta adoptada pela maioria dos veterinários, embora possam haver conflitos de opinião.

Em medicina humana (ERC, 2005), a decisão final é estabelecida pelo médico responsável (e geralmente mais experiente), embora seja aconselhado que decida não só em função do quadro clínico, mas tendo em conta os desejos do doente (e do conceito de qualidade de vida *do doente*), da família e também dos outros profissionais envolvidos; não seria razoável colocar o fardo de uma decisão desta dimensão na família. Depois da decisão tomada, deve ser comunicada a todos os envolvidos, incluindo o doente e família, e preferencialmente deve ficar escrita e visível na ficha clínica da pessoa; contudo, há evidência de que os médicos de alguns países são relutantes em deixar escritas este tipo de decisões (ERC, 2005).

4. Metodologia

4.1. População

A população em estudo consiste em 34 médicos veterinários portugueses de 8 hospitais veterinários da área metropolitana de Lisboa, Porto, Faro, Olhão e Glasgow (Escócia), incluindo estagiários, que exercem funções numa instituição de prestação de cuidados de saúde veterinários no âmbito dos cuidados críticos. Foi escolhida uma população de veterinários a exercer em hospitais, porque nestas instituições há maior probabilidade de casuística de paragem cardiopulmonar e de aplicação de metodologias de ressuscitação.

4.2. Métodos

Neste estudo, procedeu-se cronologicamente da seguinte forma:

1. Tradução/adaptação do inquérito referido no estudo original *Survey of academic veterinarians' attitudes toward provision of cardiopulmonary-cerebral resuscitation and discussion of resuscitation with clientele*, publicado no *Journal of Veterinary Emergency and Critical Care* **18**(2) 2008, pp 133-141; para a tradução/adaptação, contou-se com o auxílio do Dr. Filipe Veloso Gomes (MBChB Glasgow);
2. Pré-teste do inquérito na Clínica Veterinária das Laranjeiras, com a colaboração dos veterinários e estagiários em função (n=4);
3. Apreciação do inquérito pelos médicos veterinários Dr. Luís Cruz (orientador de estágio) e Dr. Nuno Felix (docente da Faculdade de Medicina Veterinária de Lisboa), que aprovaram a exclusão de algumas perguntas do inquérito original e pertinentemente sugeriram a inclusão de novas perguntas;
4. Contacto pessoal, telefónico ou por correio electrónico de 11 hospitais veterinários em particular no Porto, área metropolitana de Lisboa, Algarve e Glasgow, para pedido de autorização e de colaboração ao director clínico ou outro veterinário no preenchimento dos questionários pelos veterinários (e estagiários);
5. Envio por correio convencional ou electrónico dos questionários ou entrega pessoal nas instituições;
6. Recolha pessoal ou recepção dos 34 inquéritos respondidos;
7. Inserção e tratamento dos dados no programa estatístico SPSS 17.0.

4.2.1. Método de recolha de dados

Para recolha dos dados, utilizou-se como instrumento um inquérito por questionário formulado a partir da adaptação do original referido no estudo divulgado pelo *Journal of Veterinary Emergency and Critical Care* **18**(2) 2008, pp 133-141, intitulado de *Survey of academic veterinarians' attitudes toward provision of cardiopulmonary-cerebral resuscitation and discussion of resuscitation with clientele*. O produto final do inquérito, após a apreciação da adaptação pelo Dr. Luís Cruz, encontra-se em anexo (Anexo 3).

Este questionário foi igualmente sujeito à crítica do Prof. Doutor David Tavares (Presidente do Conselho Científico da Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa e Professor-Coordenador da área científica de Sociologia na mesma Escola), que afirmou em sua opinião, que o inquérito questionava percepções e práticas de desempenho profissional e não tanto atitudes. Assim sendo, o título do inquérito manteve-se o mais fiel possível do original, contudo o tema da presente dissertação adaptou-se a este parecer.

É um questionário fundamentalmente do foro das ciências sociais, que pretende revelar opiniões e condutas dos veterinários face à reanimação, e não aspectos técnico-científicos das metodologias da RCPC. Contudo, as percepções e práticas de desempenho estão efectivamente relacionadas com as atitudes individuais. Segundo Lima (2000) uma atitude trata-se de uma inferência sobre os processos psicológicos internos de um indivíduo, feita a partir dos seus comportamentos (verbais ou outros). A atitude é expressa através de um julgamento avaliativo favorável ou desfavorável, que se traduz por intermédio de um comportamento, de uma emoção ou de uma opinião. As atitudes podem ser aferidas através de uma avaliação numa escala que quantitativamente varia entre o favorável e o desfavorável, concordância ou discordância. Para tal, recorreu-se neste inquérito a uma escala de Likert. A escala de Likert, desenvolvida pelo autor que lhe deu nome em 1932, consiste numa série de afirmações acerca de determinado objecto específico perante o qual o indivíduo desenvolve uma atitude favorável ou desfavorável; relativamente a cada afirmação, o respondente escolhe uma de cinco opções que variam num contínuo crescente de intensidade de concordância ou discordância. A escala de Likert tornou-se na forma mais usual para aferição de atitudes, por ser fácil de desenvolver e por se basear em escalas fiáveis na determinação de atitudes (Lewis-Beck, 2004).

O inquérito continha uma parte inicial que incluiu uma breve explicação do seu propósito, assegurava a confidencialidade das respostas dos participantes, o tempo estimado necessário para o seu preenchimento, reforçava a ideia de que não haveria respostas certas ou erradas, agradecia a participação e ainda incluiu o endereço electrónico da autora.

Como no inquérito original (Hofmeister *et al.*, 2008a,b), não se forneceram definições aos respondentes, para que as respostas fossem baseadas na perspectiva contextual de cada um.

As instituições contactadas foram seleccionadas de acordo com uma tentativa de incluir diversos pontos geográficos do país mais ou menos equidistantes e também pelo conhecimento pessoal tanto da autora como do orientador de estágio, Dr. Luís Cruz.

Foram contactados Médicos Veterinários de 11 instituições hospitalares, nomeadamente, do Hospital Veterinário do Restelo (Dra. Maria João Fonseca), Hospital escolar da Faculdade de Medicina Veterinária de Lisboa (Dr. Nuno Felix), Hospital Veterinário Montenegro (Dr. Rui Pereira), Hospital Veterinário do Porto (Dr. Luís Lobo), Hospital Animal do Sul (Dr. Serpa dos Santos), Hospital Veterinário do Algarve (Dr. Pedro Alenquer), Hospital Veterinário Principal (Dra. Cristina Alves), Hospital Veterinário Central (Dra. Sónia Figueira), Hospital Veterinário INEMVet Olhão (Dr. Dário Santinha), *Small Animal Hospital - Glasgow University Veterinary School* (Dr. André Caetano) e Hospital Veterinário Dr. Marques Almeida (Dr. João Silva). Nestes 11 hospitais foram distribuídos 92 cópias do inquérito.

4.2.2. Método de tratamento dos dados

Os dados dos inquéritos foram introduzidos no programa informático de estatística SPSS 17.0, onde se realizaram contagens de frequências de cada resposta ao inquérito e cruzamentos de dados, estabelecendo correlações através do coeficiente de correlação de Spearman ρ (considerando um nível de significância de 0,01 e 0,05, detectado automaticamente pelo programa de estatística).

De forma facilitar a interpretação dos dados, as perguntas foram agrupadas em categorias e sub-categorias que se sobrepõem parcialmente aos objectivos específicos deste trabalho.

A abordagem dos dados inicia-se com o estudo da população, pelo que foi considerada uma categoria A. Esta categoria divide-se em duas sub-categorias, que pretendem descrever: 1) características demográficas e 2) experiência profissional dos participantes.

Seguidamente considerou-se a categoria B, que relata factos e resultados do desempenho profissional na RCPC, relativos a 1) sucesso da RCPC e 2) dados da instituição onde trabalha.

A categoria C recolhe as percepções e opiniões dos inquiridos referentes a: 1) desempenho individual/colectivo; foi agregado o desempenho individual ao colectivo por assunção de que cada inquirido responde em relação à sua actuação, que em regra está de acordo com o estipulado pelo colectivo e vice-versa, cada indivíduo projecta no colectivo a imagem que tem do seu desempenho; 2) envolvimento dos donos nas questões relacionadas com RCPC e DNR; 3) instituição, incluindo colegas veterinários, estagiários e estudantes; 4) Decisão de Não Reanimação e 5) opiniões relativas à ressuscitação cardiopulmonar-cerebral em si. Esta categoria acolhe as representações

ideológicas e especulativas: uma percepção é a forma como cada indivíduo entende uma situação, a processa de acordo com os aspectos que têm especial significância para si e emite um resultado (Dicionário de Psicologia, 1981).

A categoria D, por sua vez, pretende recolher dados acerca das práticas e emoções experimentadas pelos veterinários no que diz respeito a: 1) desempenho individual/colectivo e 2) envolvimento dos donos. No sentido etimológico da palavra, a prática opõem-se à teoria ou ao conhecimento abstracto (AA.VV., 2002), pelo que esta categoria propõe-se a perceber como são as condutas que os participantes desenvolvem no quotidiano, no terreno. Na mesma lógica, inclui-se também nesta categoria as emoções que a RCPC e DNR suscitam nos veterinários no exercício da profissão.

Com efeito, cada objectivo específico está associado a um conjunto de perguntas incluídas no inquérito da seguinte forma:

Tabela 3: Categorias e sub-categorias onde se inserem as variáveis em estudo e nome da variável atribuída no programa SPSS.

Categoria	Sub-categoria	Perguntas e Afirmações (Variáveis)	Nome da variável (SPSS)
A. Caracterização da população	1. Características demográficas	Faculdade / Universidade de formação Género Idade Estado civil	Faculdade Género Idade EstadoCivil
	2. Experiência profissional	Ano de final do curso de Medicina Veterinária Aproximadamente, quantos casos de paragem cardiopulmonar liderou? Aproximadamente, quantos casos de paragem cardiopulmonar interviu/auxiliou?	Experiência Liderados Intervidos
B. Factos / resultados do desempenho profissional na RCPC	1. Sucesso da RCPC	Nos casos liderados, qual a taxa estimada de retorno de circulação espontânea/pulso periférico (em percentagem)? Nos casos intervistos/auxiliados, qual a taxa estimada de retorno de circulação espontânea/pulso periférico (em percentagem)? Após o retorno de circulação espontânea/pulso periférico, qual o tempo estimado de estabilidade cardiovascular, até ao desfecho do episódio? Qual a taxa de alta clínica após a ressuscitação (em percentagem)?	ROSC Liderados ROSC Intervidos TEstabilidade AltaClínica
	2. Relativos à instituição onde trabalham	Na sua instituição existe um documento formal para os donos referindo-se à Decisão de Não Reanimação (DNR)? Na sua instituição, existe alguma possibilidade do dono formalizar de forma escrita o seu desejo de Não Reanimação?	DocFormal DNR FormalDNR
C. Percepções / opiniões	1. Desempenho individual / colectivo	Sente-se adequadamente preparado/treinado para liderar uma RCPC? Sente-se adequadamente preparado/treinado para intervir/auxiliar uma RCPC? Os veterinários devem fazer recomendações e dar conselhos quando discutem DNR com os donos. Quando os donos e veterinário não estão de acordo, o veterinário deve tomar a Decisão de Não Reanimação. Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC. Após uma RCPC falhada, deve ocorrer uma discussão de grupo sobre o caso. Deve ocorrer uma discussão de grupo sobre qualquer RCPC, seja falhada ou com sucesso.	PrepLiderar PrepIntervir p8 p9 p10 p23 p24
	2. Envolvimento dos donos	Na minha opinião, os donos querem discutir RCPC e DNR. Na minha opinião, os donos querem estar presentes durante a RCPC dos seus animais. Na minha opinião, os donos devem ter a possibilidade de formalizar a DNR.	p1 p15 p26
	3. Instituição (incluindo colegas veterinários, estagiários e estudantes)	As situações de RCPC são bem coordenadas na minha instituição. Os estudantes de veterinária/estagiários da minha instituição são bem treinados para realizar RCPC. Os veterinários da minha instituição estão bem treinados para realizar RCPC.	p11 p12 p13

Tabela 3 (continuação): Categorias e sub-categorias onde se inserem as variáveis em estudo e nome da variável atribuída no programa SPSS.

	4. Decisão de Não Reanimação	Quem deve participar na Decisão de Não-Reanimação?	QuemDNR
	5.Ressuscitação cardiopulmonar-cerebral	Na minha opinião, a RCPC é inútil em animais moribundos ou com doença crónica grave. Penso que as tentativas de RCPC podem ser clinicamente inapropriadas. Penso que as tentativas de RCPC podem ser eticamente inapropriadas.	p21 p17 p28
D. Práticas e emoções	1. Desempenho individual / colectivo	Em que momento geralmente levanta a hipótese aos donos da Não Reanimação, de forma verbal ou eventualmente escrita? Eu permitiria que os donos estivessem presentes durante a RCPC dos seus animais. Eu preocupo-me com o(s) dono(s) quando estou a realizar RCPC no seu animal. Eu preocupo-me com o animal a quem estou a realizar RCPC. Sinto-me stressado quando realizo RCPC. Uma RCPC falhada tem impacto negativo nas minhas emoções/expectativas. Uma RCPC com sucesso tem um impacto positivo nas minhas emoções/expectativas. Sinto necessidade de discutir uma RCPC falhada com alguém. Considero a possibilidade de problemas legais quando decido iniciar RCPC. Faria RCPC num animal com um bom prognóstico a curto e longo prazo mas com pouca qualidade de vida. Faria RCPC num animal com bom prognóstico a curto prazo e boa qualidade de vida mas com mau prognóstico a longo prazo. Faria RCPC num animal com mau prognóstico a curto e longo prazo mas com boa qualidade de vida. Faria RCPC num animal com bom prognóstico a curto e a longo prazo e com boa qualidade de vida. Faria RCPC num animal com mau prognóstico a curto e longo prazo e má qualidade de vida. Faria RCPC em qualquer animal com paragem CP se não soubesse os desejos de DNR do dono.	MomentoDN R p14 p16 p17 p18 p19 p20 p22 p25 p29 p30 p31 p32 p33 p34
	2. Envolvimento dos donos	Sinto-me confortável para discutir RCPC e DNR com os donos. Sinto-me stressado quando discuto DNR com os donos e/ou família. O facto de ter de lidar com as emoções dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR. O facto de ter de lidar com o medo e ansiedade dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR. O facto de ter de lidar com a tristeza e dor dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR. O facto de ter de lidar com a hostilidade e raiva dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR.	p2 p3 p4 p5 p6 p7

Posteriormente à estatística descritiva referente a cada variável/pergunta, realizaram-se os cruzamentos dos dados com a variável “Experiência”, ou seja com os anos de exercício profissional de cada inquirido. Estes cruzamentos cumprem o quarto objectivo dos “objectivos específicos” (ver acima) e constituem a pesquisa de relação entre os anos de prática clínica de cada inquirido e as respostas que atribuem a cada pergunta e afirmação. Isto pela hipótese de que os profissionais com menos experiência tenham um modo de pensar mais heterogéneo e que revele algumas incertezas, e que os “seniores” tenham opiniões mais assertivas e consensuais em relação aos assuntos aqui discutidos.

Contudo, o estudo de Hofmeister *et al.* (2008a) revelou, com alguma surpresa para os autores, que não havia relação entre as variáveis/perguntas e as variáveis independentes como género, especialidade ou grau académico, em particular no que diz respeito ao stress associado à realização de RCPC e à discussão de DNR com os donos; os autores sublinham pois a sugestão de que a experiência ou aprendizagem passiva ao longo dos anos de exercício profissional não têm impacto na percepção do stress, no entanto, o treino específico para a aplicação de metodologias

de RCPC parece ser um elemento mais importante. No mesmo estudo afirma-se que os indivíduos que receberam treino específico para realizar RCPC estavam mais confortáveis para discutir DNR, sentiam-se menos stressados ao realizar RCPC e tinham menor impacto negativo com uma RCPC falhada. Citando os autores, “o treino da RCPC não só prepara melhor os veterinários para executar RCPC, mas também diminui o stress associado à sua realização e discussão de RCPC com os donos” (Hofmeister *et al.*, 2008a, p.136; tradução livre). Na 2ª parte do estudo, os autores estendem a importância do treino quanto às taxas de sucesso: “os indivíduos com treino específico reportaram taxas de sucesso mais elevadas e sentimentos de competência mais intensos, sugerindo que o treino é importante” (Hofmeister *et al.*, 2008b, p. 146; tradução livre).

Posto isto, cruzou-se a variável “p10”, obtida a partir da pergunta/afirmação “Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC” com as mesmas variáveis com que se cruzou a variável “Experiência”, ou seja, com todas as variáveis das categorias B (Factos / resultados do desempenho profissional na RCPC), C (Percepções / opiniões) e D (Práticas e emoções), excepto “Factos / resultados do desempenho profissional na RCPC relativos à instituição onde trabalham”. Seguidamente, testou-se a correlação entre as variáveis cruzadas, aplicando-se o coeficiente de correlação de Spearman ρ , que mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais.

5. Resultados e discussão dos resultados

Foram distribuídas 92 cópias do inquérito em 11 hospitais veterinários, das quais foram respondidas 34, em 8 destas instituições, o que se traduz numa resposta de 36,9% (um pouco superior à taxa de resposta do estudo americano original, de 31% [Hofmeister et al, 2008a]).

Nesta secção será apresentada a estatística descritiva dos resultados do estudo em duas partes. Numa primeira parte serão apresentadas as respostas sob a forma de frequências relativas a cada variável/pergunta do questionário distribuído aos veterinários, ilustradas por gráficos. Para consultar os resultados integrais do programa SPSS, sob a forma de tabelas e gráficos, ver anexo 6.

Numa segunda parte serão apresentados cruzamentos de dados relevantes para o objectivo deste estudo, nomeadamente para tentar perceber como é que as percepções e práticas os veterinários perante a RCPC variam de acordo com a experiência profissional (em anos de exercício e manifestação da capacidade de liderar uma RCPC) e ainda a presença de correlação entre as variáveis. As tabelas de cruzamentos de dados estão integralmente no anexo 7 e os valores dos coeficientes de Spearman para cada cruzamento encontram-se no anexo 8.

5.1. 1ª PARTE: Análise de frequências

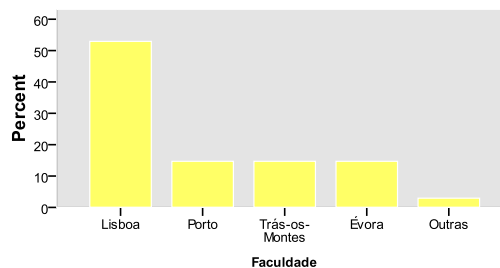
A. Caracterização da população

A.1. Características demográficas

- *Faculdade / Universidade de formação*

Dos 34 inquiridos, mais de metade foi formada pela Faculdade de Medicina Veterinária da Universidade Técnica de Lisboa (n=18, o que representa 52,9% dos inquiridos), outros 5 são oriundos da Universidade do Porto (14,7%), 5 da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (14,7%), 5 da Universidade de Évora (14,7%) e ainda 1 respondente (2,9%) de outra Faculdade / Universidade (Universidade Autónoma de Barcelona).

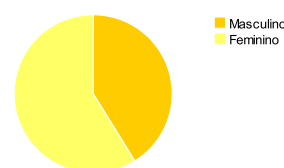
Gráfico 1: Distribuição dos inquiridos por faculdade/universidade de formação.



- *Género*

A proporção de participantes masculinos e femininos foi tendente para as mulheres, com 20 mulheres (58,8%) e 14 homens (41,2%) a responderem ao inquérito.

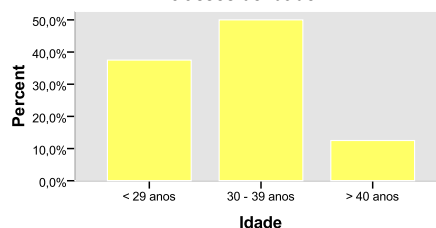
Gráfico 2: Distribuição dos inquiridos por género.



- *Idade*

Houve dois inquiridos que não responderam a esta questão. Da população participante, 12 inquiridos (37,5% dos 32 que efectivamente responderam) pertencem ao grupo dos mais jovens (<29 anos), 16 (50%) aos de idade intermédia e apenas 4 (12,5%) têm idade igual ou superior a 40 anos.

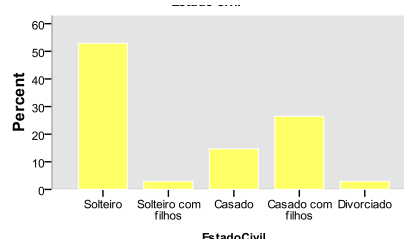
Gráfico 3: Distribuição dos inquiridos por classes de idade.



- *Estado civil*

Neste estudo participaram 18 solteiros (52,9%), 1 solteiro com filhos (2,9%), 5 casados (14,7%), 9 casados com filhos (26,5%) e 1 divorciado (2,9%).

Gráfico 4: Distribuição dos inquiridos por estado civil.

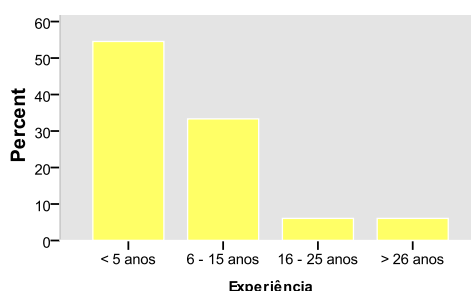


A.2. Experiência profissional

- *Ano de final do curso de Medicina Veterinária*

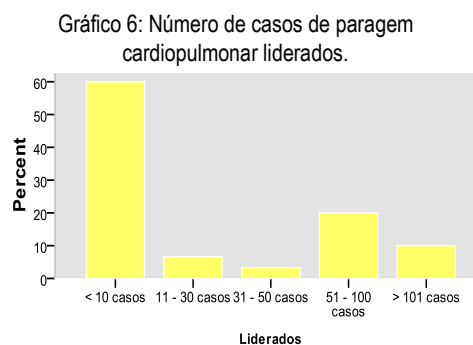
Esta pergunta permite aferir a experiência do inquirido, daí ser o nome da variável em questão. Um inquirido não respondeu a esta pergunta, possivelmente por ser estagiário e portanto ainda não ter terminado a curso. Dos quatro grupos de experiência considerados, 18 indivíduos (54,5% dos que efectivamente responderam) pertencem ao grupo menos experiente (<5 anos de exercício profissional), 11 indivíduos (33,3%) têm entre 6 e 15 anos de experiência, 2 indivíduos (6,1%) têm entre 16 e 25 anos de experiência e 2 indivíduos (6,1%) têm mais de 26 anos de profissão. Note-se que a grande maioria dos participantes têm menos de 15 anos de carreira (percentagem acumulada=87,9%).

Gráfico 5: Distribuição dos inquiridos por classes de experiência (em anos de exercício).



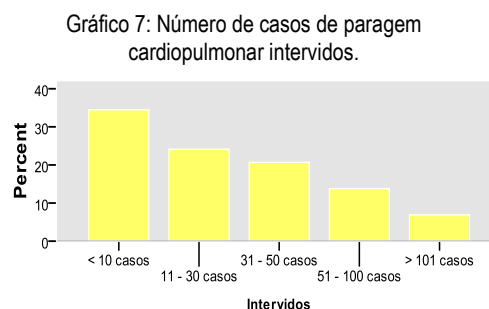
- *Aproximadamente, quantos casos de paragem cardiopulmonar liderou?*

Esta foi uma pergunta polémica, a qual muitos dos participantes comentaram verbalmente a sua dificuldade em responder. Efectivamente, 4 respondentes não assinalaram resposta. Contudo, 18 de 30 respondentes (60%) lideraram 10 casos ou menos, 2 respondentes (6,7%) lideraram entre 11 e 30 casos, 1 respondente (3,3%) liderou entre 31 e 50 casos, 6 respondentes (20%) lideraram entre 51 e 100 casos e 3 respondentes (10%) afirmaram ter liderado mais de 101 casos de paragem cardiopulmonar.



- *Aproximadamente, quantos casos de paragem cardiopulmonar interviu/auxiliou?*

Esta pergunta igualmente ofereceu algumas dificuldades aos inquiridos, tendo havido 5 que efectivamente não responderam; 10 inquiridos (34,5%) intervieram/auxiliaram 10 casos ou menos, 7 inquiridos (24,1%) intervieram/auxiliaram 11 a 30 casos, 6 inquiridos (20,7%) intervieram/ auxiliaram entre 31 e 50 casos, 4 inquiridos (13,8%) intervieram/ auxiliaram entre 51 e 100 casos e 2 inquiridos (6,9%) afirmam ter participado em mais de 101 casos.



Ambas as perguntas de quantos casos liderou e interviu/auxiliou foram alvo de críticas por parte dos respondentes, principalmente pela dificuldade em contabilizar o número com alguma exactidão. Um dos participantes teceu o comentário verbal de que muitas vezes não existe uma organização tal de forma a constituir-se uma equipa de reanimação propriamente dita e a definir-se um “líder”.

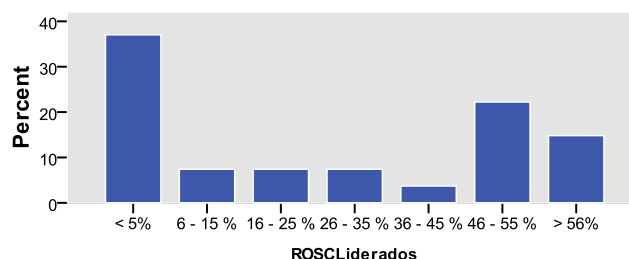
B. Factos / resultados do desempenho profissional na RCPC

B.1. Sucesso da RCPC

- Nos casos liderados, qual a taxa estimada de retorno de circulação espontânea/pulso periférico (em percentagem)?

A esta pergunta não responderam 7 dos respondentes (20,6%), além de que foram dadas respostas muito díspares. Posto isto, 10 pessoas (37%) responderam uma taxa de retorno de circulação espontânea (*Return of spontaneous circulation – ROSC*) /pulso periférico inferior ou igual a 5%, 2 pessoas (7,4%) responderam uma taxa entre 6 e 15%, 2 pessoas (7,4%) responderam uma taxa entre 16 e 25%, 2 pessoas (7,4%) responderam uma taxa entre 26 e 35%, 1 pessoa (3,7%) respondeu uma taxa entre 36 e 45%, 6 pessoas (22,2%) responderam uma taxa de 46 a 55% e 4 pessoas estimaram uma taxa de retorno de circulação espontânea/pulso periférico nos casos liderados superior a 56%.

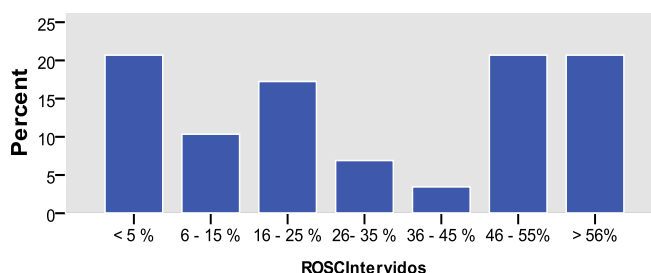
Gráfico 8: Taxa estimada de retorno de circulação espontânea/pulso periférico nos casos liderados (em percentagem).



- Nos casos intervistos/auxiliados, qual a taxa estimada de retorno de circulação espontânea/pulso periférico (em percentagem)?

Foram 5 os inquiridos que não responderam a esta pergunta e as repostas conseguidas encontram-se bastante distribuídas, sendo difícil encontrar uma tendência unânime. Foram 6 os inquiridos (20,7%) que estimaram uma taxa igual ou inferior a 5%, 3 (10,3%) estimaram entre 6 e 15%, 5 inquiridos (17,2%) entre 16 e 25%, 2 inquiridos (6,9%) entre 26 e 35%, 1 inquiridos (3,4%) entre 36 e 45%, 6 inquiridos (20,7%) entre 46 e 55% e outros 6 inquiridos (20,7%) estimaram uma taxa de retorno de circulação espontânea/pulso periférico superior a 56%.

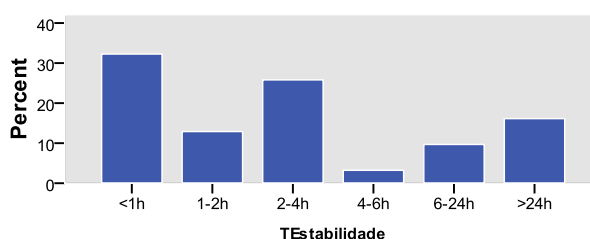
Gráfico 9: Taxa estimada de retorno de circulação espontânea/pulso periférico nos casos intervistos (em percentagem).



- Após o retorno de circulação espontânea/pulso periférico, qual o tempo estimado de estabilidade cardiovascular, até ao desfecho do episódio?

A esta pergunta os participantes deram também respostas variadas e 3 inquiridos (8,8%) não responderam de todo. Consideraram um tempo de estabilidade cardiovascular inferior a uma hora, 10 respondentes (32,2%); entre 1 e 2 horas, 4 respondentes (12,9%); entre 2 e 4 horas, 8 respondentes (25,8%); entre 4 e 6 horas, 1 respondente (3,2%); entre 6 e 24 horas, 3 respondentes (9,7%) e mais de 24 horas, 5 respondentes (16,1%). No entanto, pode-se afirmar que a maioria das respostas sugerem um tempo de estabilidade cardiovascular após ROSC inferior a 4 horas (percentagem acumulada=71%).

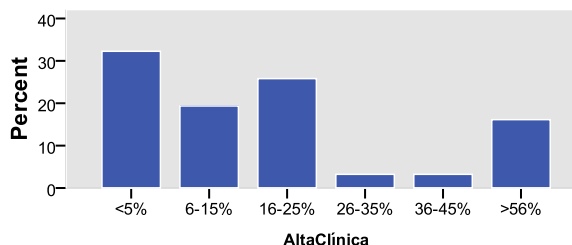
Gráfico 10: Tempo estimado de estabilidade cardiovascular após retorno de circulação espontânea/pulso periférico.



- Qual a taxa de alta clínica após a ressuscitação (em percentagem)?

Foram 3 (8,8%) os inquiridos que não responderam a esta pergunta ou deram uma resposta inválida; 10 inquiridos (32,3%) consideram a taxa de alta clínica após ressuscitação inferior ou igual a 5%; 6 inquiridos (19,4%) entre 6 e 15%; 8 inquiridos (25,8%) entre 16 e 25%; 1 inquirido (3,2%) entre 26 e 35%; 1 inquirido (entre 36 e 45%) e 5 inquiridos (16,2%) foram mais otimistas e responderam 56% ou mais de taxa de alta clínica após a ressuscitação.

Gráfico 11: Taxa de alta clínica após ressuscitação (em percentagem).



Na sub-categoria “Sucesso da RCPC”, observam-se respostas dos inquiridos muito diversas, sendo difícil verificar uma tendência de resposta global. Esta dispersão pode ser resultado do facto de, intencionalmente, não ter sido apresentada uma definição de paragem cardiorespiratória ou de retorno de circulação espontânea/pulso periférico ou mesmo de taxa de alta clínica. Outro motivo que pode ter levado a esta heterogenidade de respostas é a possibilidade das diversas instituições participantes terem disponíveis diferentes meios de monitorização, o que conduz a diferentes interpretações e reconhecimento de uma paragem cardiopulmonar. Também pode ter sido por considerações distintintas dos participantes quanto ao contexto da paragem cardiorespiratória

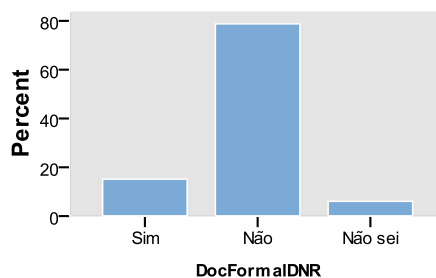
(contexto anestésico ou não) além de entre as instituições podem ser também diferentes os protocolos anestésicos adoptados e por conseguinte as exigências de monitorização dos sinais vitais do animal.

B.2. Relativos à instituição onde trabalham

- *Na sua instituição existe um documento formal para os donos referindo-se à Decisão de Não Reanimação (DNR)?*

A esta pergunta, 5 inquiridos (15,2%) responderam afirmativamente, 26 inquiridos (78,8%) responderam “Não” e 2 inquiridos assumiram não saber. Apesar da opção de resposta “Não sei”, um respondente não assinalou qualquer resposta.

Gráfico 12: Existência de documento formal para os donos referindo-se à DNR.

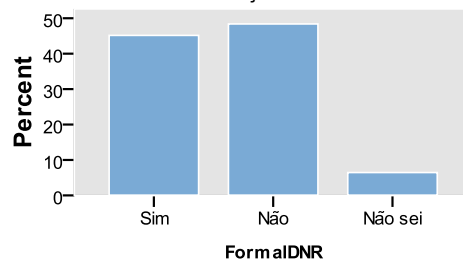


- *Na sua instituição, existe alguma possibilidade do dono formalizar de forma escrita o seu desejo de Não Reanimação?*

Os resultados mostram 14 respostas positivas (45,2%), 15 respostas negativas (48,4%) e 2 “Não sabe” (6,5%). A esta pergunta, não responderam 3 inquiridos.

No estudo original de Hofmeister *et al.* (2008b), mais de metade dos respondentes indicaram que na sua instituição não havia um documento formal referindo-se à DNR ou uma secção no consentimento para cirurgia referindo-se a DNR.

Gráfico 13: Existência de possibilidade do dono formalizar de forma escrita o seu desejo de não reanimação.



Nas respostas das perguntas anteriores, é possível verificar que em regra não existe um documento formal específico para os donos referindo-se à Decisão de Não Reanimação, e em cerca de metade dos hospitais participantes não há qualquer possibilidade do dono formalizar de forma escrita o seu eventual desejo de não reanimar o animal em caso de PCP.

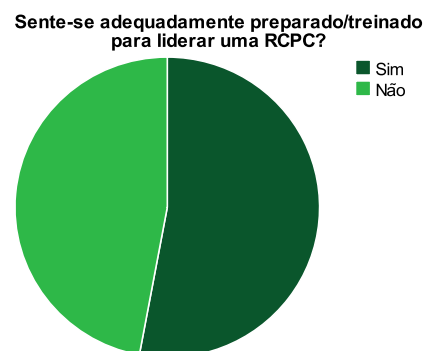
C. Percepções / opiniões

C.1. Desempenho individual / colectivo

- *Sente-se adequadamente preparado/treinado para liderar uma RCPC?*

Este foi um resultado bastante equilibrado na proporção de “Sim” e “Não”; 18 inquiridos (52,9%) sentem-se preparados/treinados para liderar uma RCPC e 16 inquiridos (47,1%) não se sentem adequadamente preparados. No estudo original de Hofmeister *et al.* (2008a), 66% dos respondentes sentem-se adequadamente treinados para liderar uma RCPC.

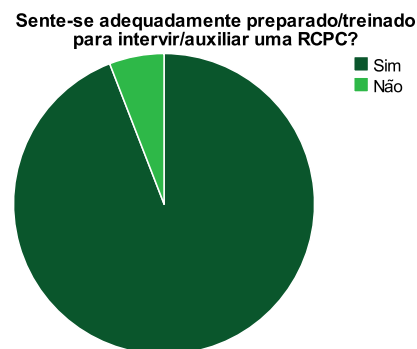
Gráfico 14: Preparação adequada dos inquiridos para liderar uma RCPC.



- *Sente-se adequadamente preparado/treinado para intervir/auxiliar uma RCPC?*

Esta resposta foi globalmente positiva, tendo sido respondido o “Sim” por 94,1% (32 respondentes) e o “Não” por apenas 5,9% (2 respondentes).

Gráfico 15: Preparação adequada dos inquiridos para intervir/auxiliar uma RCPC.



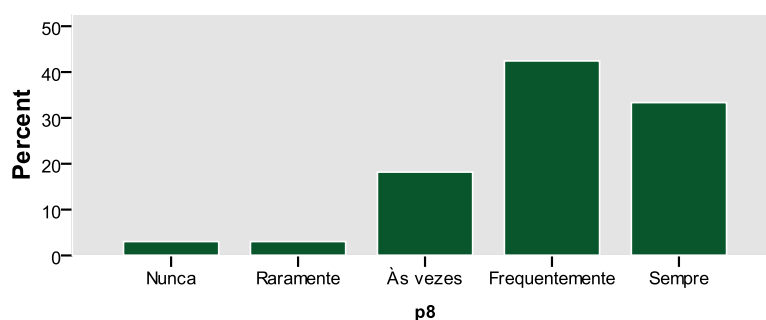
A diferença entre sentir-se adequadamente preparado/treinado para liderar ou para intervir numa RCPC indica uma diferenciação reconhecida pelos respondentes entre “liderar” e “intervir”. O reconhecimento desta diferenciação levanta a hipótese de que a confiança para liderar um cenário de RCPC, à parte de características de personalidade individuais, exige um conhecimento mais aprofundado e sistematizado das metodologias de RCPC; contudo, a confiança neste nível de conhecimentos é manifestada por apenas cerca de metade dos inquiridos, face à maioria que afirma sentir-se confiante no seu conhecimento e capacidade para intervir/auxiliar.

- Os veterinários devem fazer recomendações e dar conselhos quando discutem DNR com os donos (p8).

Como é perceptível no gráfico, esta é uma afirmação que os veterinários estão tendencialmente de acordo, com uma percentagem acumulada=93,9% (Sempre + Frequentemente + Às vezes) ; 11 dos inquiridos (33,3%) afirmam que os veterinários devem fazer recomendações e dar conselhos “Sempre”, 14 dos inquiridos (42,4%) respondem “Frequentemente”, 6 dos inquiridos (18,2%) respondem “Às vezes” e as respostas “Raramente” e “Nunca” têm apenas 1 respondente (3%) cada uma. Note-se que 1 inquirido não reagiu a esta afirmação.

No estudo original de Hofmeister *et al.* (2008b), faz-se referência aos 67% dos respondentes que acham que o veterinário deve sempre ou frequentemente fazer recomendações aos donos quando discutem DNR (no presente estudo, percentagem acumulada Sempre + Frequentemente=75,7%).

Gráfico 16: Resposta a "Os veterinários devem fazer recomendações e dar conselhos quando discutem DNR com os donos".

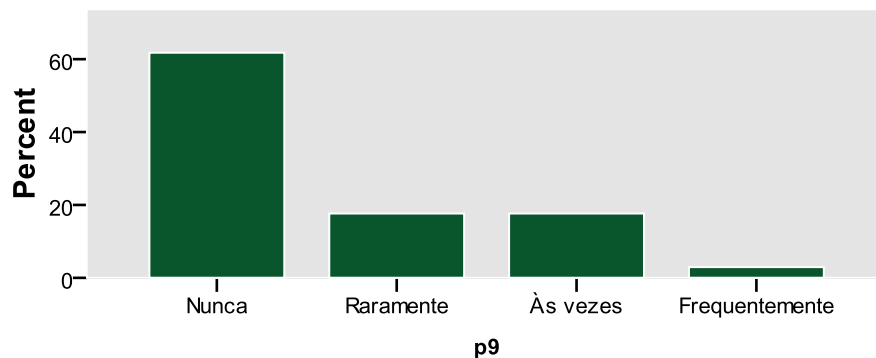


- Quando os donos e veterinário não estão de acordo, o veterinário deve tomar a Decisão de Não Reanimação (p9).

Esta é uma afirmação forte que suscitou uma resposta global de desacordo, com mais de metade dos inquiridos a responderem “Nunca” (61,8%, que corresponde a 21 inquiridos); 6 inquiridos (17,6%) responderam “Raramente” e outros 6 (17,6%) responderam “Às vezes”, tendo apenas 1 inquirido (2,9%) respondido “Frequentemente”. Nenhum inquirido respondeu “Sempre”.

No estudo original de Hofmeister *et al.* (2008b), foi maior a percentagem de inquiridos de acordo com a afirmação: 17,8% acham que o veterinário deve tomar a decisão frequentemente ou sempre, quando donos e veterinário não estão de acordo.

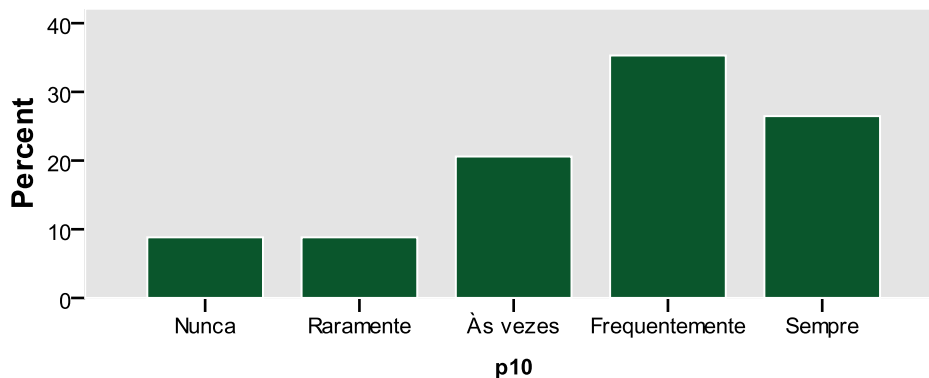
Gráfico 17: Resposta a "Quando os donos e veterinário não estão de acordo, o veterinário deve tomar a Decisão de Não Reanimação".



- *Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC (p10).*

A reacção global a esta afirmação é positiva, com 9 inquiridos (26,5%) a responderem "Sempre", 12 inquiridos (35,3%) a responderem "Frequentemente", 7 inquiridos (20,6%) a responderem "Às vezes", 3 inquiridos (8,8%) a responderem "Raramente" e outros 3 inquiridos (8,8%) a responderem "Nunca". A percentagem acumulada (Sempre + Frequentemente + Às vezes) é de 82,4%.

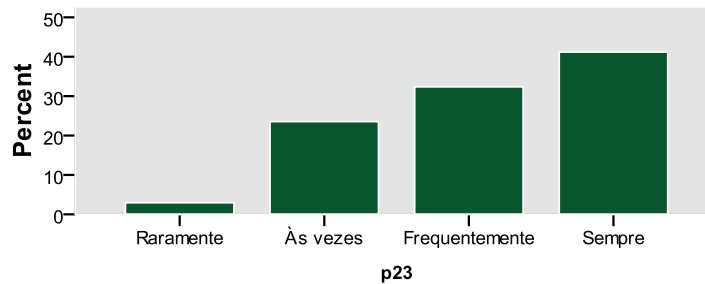
Gráfico 18: Resposta a "Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC".



- *Após uma RCPC falhada, deve ocorrer uma discussão de grupo sobre o caso (p23).*

A generalidade dos respondentes está de acordo com a afirmação. Nenhum respondeu "Nunca", 1 inquirido (2,9%) respondeu "Raramente", 8 inquiridos (23,5%) responderam "Às vezes", 11 inquiridos (32,4%) responderam "Frequentemente" e 14 inquiridos (41,2%) responderam "Sempre". A percentagem acumulada (Sempre + Frequentemente + Às vezes) é de 97,1%.

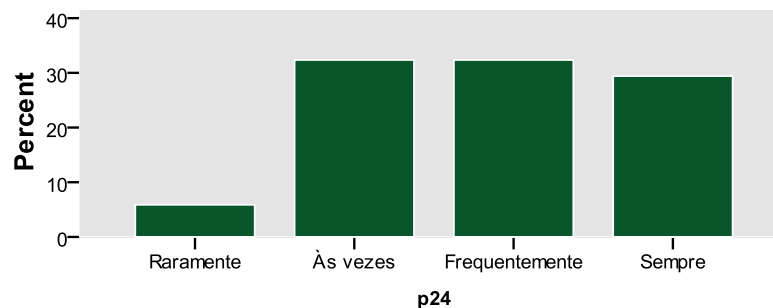
Gráfico 19: Resposta a "Após uma RCPC falhada, deve ocorrer uma discussão de grupo sobre o caso".



- Deve ocorrer uma discussão de grupo sobre qualquer RCPC, seja falhada ou com sucesso (p24).

Esta afirmação também suscitou uma reação favorável, mas não tão marcada como a afirmação anterior (p23). Nenhum inquirido respondeu “Nunca”, 2 inquiridos (5,9%) responderam “Raramente”, 11 inquiridos (32,4%) responderam “Às vezes”, outros 11 inquiridos (32,4%) responderam “Frequentemente” e 10 inquiridos (29,4%) responderam “Sempre”.

Gráfico 20: Resposta a "Deve ocorrer uma discussão de grupo sobre qualquer RCPC, seja falhada ou com sucesso".

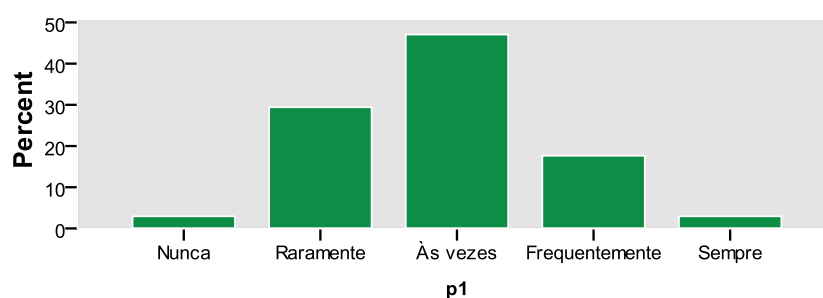


C.2. Envolvimento dos donos

- Na minha opinião, os donos querem discutir RCPC e DNR (p1).

Esta pergunta originou respostas de tendência mais central, mas ainda assim com uma conotação de desacordo. Apenas 1 inquirido (2,9%) respondeu “Nunca”, 10 inquiridos (29,4%) responderam “Raramente”, 16 inquiridos (47,1%) responderam “Às vezes”, 6 inquiridos (17,6%) responderam “Frequentemente” e 1 inquirido (2,9%) respondeu “Sempre”. Confirma esta tendência de resposta central-negativa o valor de percentagem acumulada (Nunca + Raramente + Às vezes) de 79,4%.

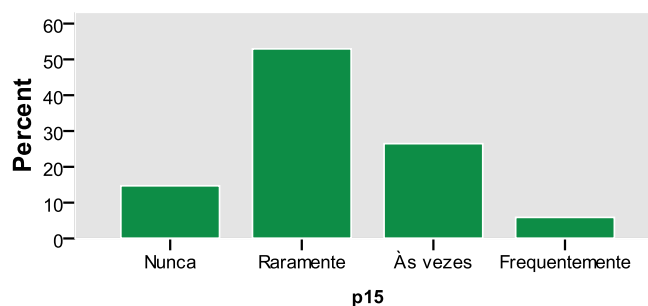
Gráfico 21: Resposta a "Na minha opinião, os donos querem discutir RCPC e DNR".



Quanto ao envolvimento dos donos no conjunto de actos médicos providenciados ao seu animal, e em particular a reanimação ou não num cenário de paragem cardiopulmonar, as percepções aqui verificadas estão um pouco desencontradas do novo conceito que se tem vindo a desenvolver nos últimos anos em medicina humana. Como referido no enquadramento teórico, um dos quatro princípios chave na ressuscitação e nas decisões de término de vida (ERC, 2005) é a autonomia, que assegura uma maior participação e envolvimento dos próprios doentes nas decisões respeitantes aos actos médicos em si realizados. Na mesma linha de pensamento, fica a sugestão que os donos dos animais poderiam proclamar alguma autonomia e participar, ao mesmo nível que o veterinário, na discussão de RCPC e DNR.

- *Na minha opinião, os donos querem estar presentes durante a RCPC dos seus animais (p15).*
Também esta pergunta originou respostas centrais, mas mais intensamente negativas que a anterior, com um valor de percentagem acumulada (Nunca + Raramente + Às vezes) de 94,1%. A esta pergunta nenhum inquirido respondeu "Sempre", apenas 2 inquiridos (5,9%) responderam "Frequentemente", 9 inquiridos (26,5%) responderam "Às vezes", 18 inquiridos (52,9%) responderam "Raramente" e 5 inquiridos (14,7%) responderam "Nunca".
No estudo original de Hofmeister *et al.* (2008b), refere-se que a maioria dos respondentes tem a percepção de que os donos não querem estar presentes durante a RCPC dos seus animais.

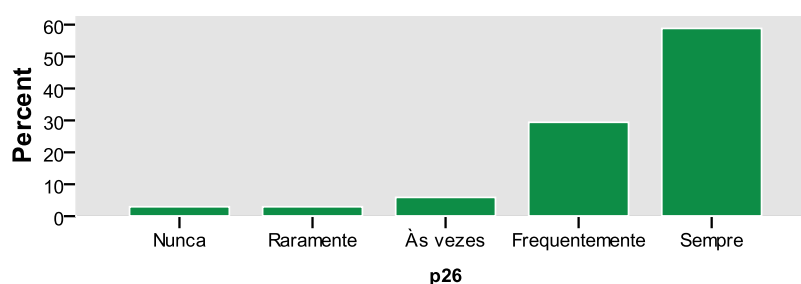
Gráfico 22: Resposta a "Na minha opinião, os donos querem estar presentes durante a RCPC dos seus animais".



- *Na minha opinião, os donos devem ter a possibilidade de formalizar a DNR (p26).*

A esta pergunta os inquiridos responderam de uma forma global favoravelmente, estando de acordo com a afirmação. Mais de metade dos inquiridos (n=20, que corresponde a 58,8%) respondeu “Sempre”, 10 inquiridos (29,4%) responderam “Frequentemente”, 2 inquiridos (5,9%) responderam “Às vezes”, 1 inquirido (2,9%) respondeu “Raramente” e outro inquirido (2,9%) respondeu “Nunca”. A percentagem acumulada (Sempre + Frequentemente + Às vezes) foi de 93,8%, o que reflecte a concordância significativa dos respondentes à afirmação.

Gráfico 23: Resposta a "Na minha opinião, os donos devem ter a possibilidade de formalizar a DNR".



Embora haja concordância dos respondentes, como se verificou anteriormente, a grande maioria das instituições não tem um documento formal referente à DNR e apenas metade permitem ao dono alguma forma de formalização escrita do eventual desejo de não-reanimação. Na realidade, embora a os inquiridos estejam de acordo com a possibilidade do dono formalizar a DNR, na maioria dos casos esta possibilidade não se concretiza.

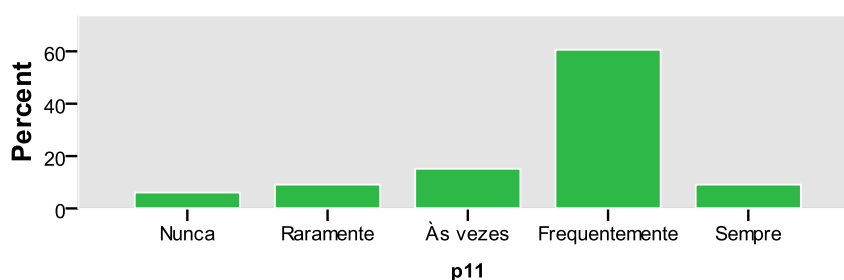
C.3. Instituição (incluindo colegas veterinários, estagiários e estudantes)

- *As situações de RCPC são bem coordenadas na minha instituição (p11).*

A afirmação suscitou várias reacções, tendo sido a mais comum a resposta “Frequentemente”, tendo sido a opção de 20 inquiridos (60,6%); 3 inquiridos (9,1%) responderam “Sempre”, 5 inquiridos (15,2%) responderam “Às vezes”, 3 inquiridos (9,1%) responderam “Raramente” e 2 inquiridos (6,1%) responderam “Nunca”. A esta pergunta 1 inquirido não respondeu.

No estudo original de Hofmeister *et al.* (2008b), os inquiridos têm uma percepção ligeiramente menos positiva do que os participantes deste estudo; 61% acham que as situações de RCPC são sempre ou frequentemente bem coordenadas na sua instituição, face a 69,7% dos inquiridos com a mesma resposta no presente estudo.

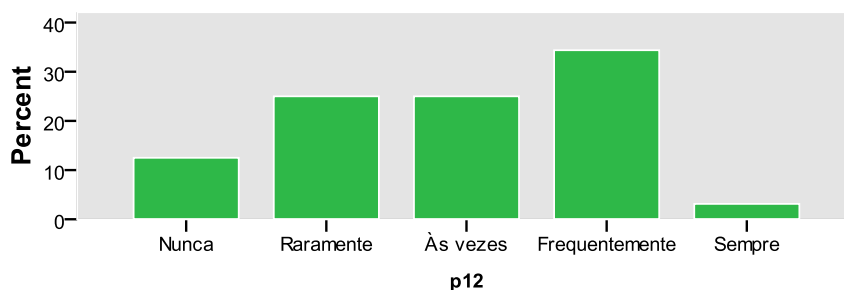
Gráfico 24: Resposta a "As situações de RCPC são bem coordenadas na minha instituição".



- *Os estudantes de veterinária/estagiários da minha instituição são bem treinados para realizar RCPC (p12).*

A esta pergunta os participantes do estudo tiveram respostas consideravelmente dispersas, tendo havido 2 inquiridos que não responderam; 1 inquirido (3,1%) respondeu "Sempre", 11 inquiridos (34,4%) responderam "Frequentemente", 8 inquiridos (25%) responderam "Às vezes" (percentagem acumulada=62,5%), 8 inquiridos (25%) responderam "Raramente" e 4 inquiridos (12,5%) responderam "Nunca".

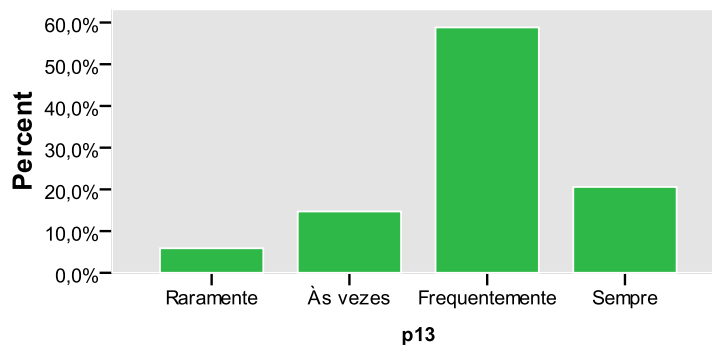
Gráfico 25: Resposta a "Os estudantes de veterinária/estagiários da minha instituição são bem treinados para realizar RCPC".



- *Os veterinários da minha instituição estão bem treinados para realizar RCPC (p13).*

De uma forma geral, as percepções quanto ao treino para realizar RCPC são positivas, sendo que nenhum inquirido respondeu "Nunca", 2 inquiridos (5,9%) responderam Raramente, 5 inquiridos (14,7%) responderam "Às vezes", 20 inquiridos (58,8%) responderam "Frequentemente" e 7 inquiridos (20,6%) responderam "Sempre". A percentagem acumulada (Sempre + Frequentemente + Às vezes) é de 94,1%, o que corrobora a positividade da concordância com a afirmação.

Gráfico 26: Resposta a "Os veterinários da minha instituição estão bem treinados para realizar RCPC".



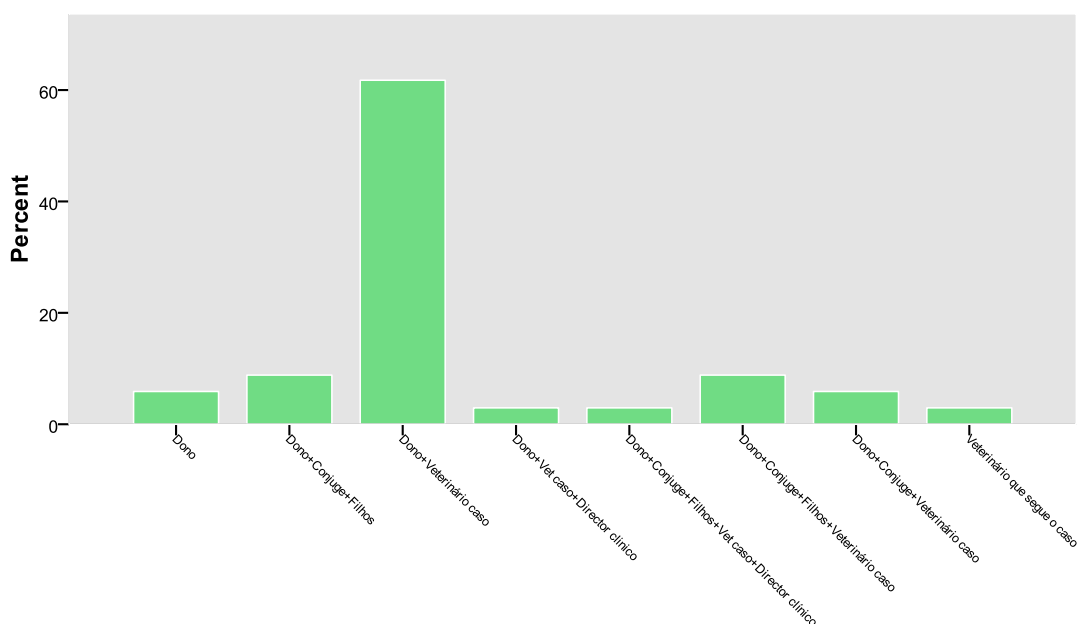
C.4. Decisão de Não Reanimação

- *Quem deve participar na Decisão de Não-Reanimação?*

Dada a possibilidade de várias respostas das opções oferecidas para esta pergunta, foram oito as combinações possíveis de intervenientes na Decisão de Não Reanimação. A resposta mais frequente (n=21, que corresponde a 61,8%) foi claramente a opção "Dono + Veterinário que segue o caso"; com 3 respostas cada (8,8%) temos as opções "Dono + Conjuge + Filhos" e "Dono + Conjuge + Filhos + Veterinário que segue o caso"; com 2 respostas cada (5,9%) temos as opções "Dono" e "Dono + Conjuge + Veterinário que segue o caso"; e com 1 resposta cada (2,9%) temos as opções "Dono + Veterinário que segue o caso + Veterinário director clínico", "Dono + Conjuge + Filhos + Veterinário que segue o caso + Veterinário director clínico" e "Veterinário que segue o caso".

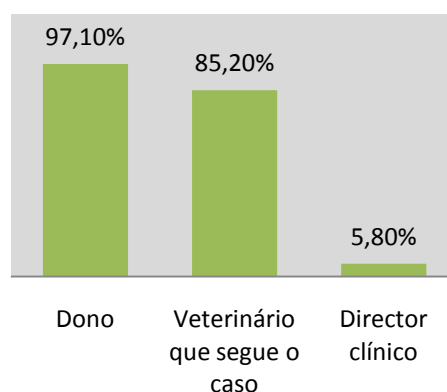
Agrupando os dados de outra forma, pode-se afirmar que 5 dos inquiridos (14,7%) considera que a esta Decisão deve ser tomada só pela família (dono e/ou cônjuge e/ou filhos), 1 dos inquiridos (2,9%) considera que esta Decisão deve ser tomada pelo veterinário e a maioria (28 inquiridos, correspondentes a 82,4%) é da opinião de que a Decisão de Não Reanimação deve ser tomada conjuntamente entre a família do animal e a equipa veterinária.

Gráfico 27: Resposta a "Quem deve participar na Decisão de Não Reanimação?" (combinações).



No estudo original de Hofmeister *et al.* (2008b), 99% dos inquiridos acham que o dono deve estar envolvido (comparando com 97,10% do presente estudo), 80% acham que o veterinário que segue o caso (*House officer on the case*) deve estar envolvido (comparando com 85,20% do presente estudo) e 61% afirmam que se deve envolver o director clínico (*Senior attending veterinarian*) (comparando com apenas 5,80% dos inquiridos no presente estudo). Curiosamente, 13% dos inquiridos americanos acha que também deve ser envolvido o estudante de veterinária/estagiário (*Senior veterinary student*), mas no presente estudo nenhum dos inquiridos assinalou essa opção; porém, no estudo americano verificou-se que esta é uma questão relacionada com a filosofia e cultura de cada instituição.

Gráfico 28: Resposta a "Quem deve participar na Decisão de Não Reanimação?"

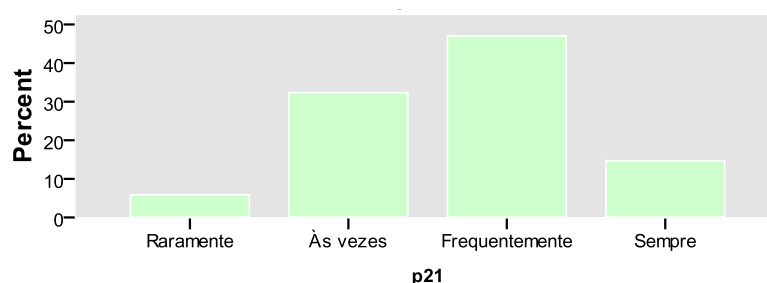


Na nossa realidade, é elevada a percentagem de respondentes a afirmarem que o veterinário que segue o caso é um elemento chave na Decisão de Reanimação (além do dono), pelo que se pressupõe que os veterinários inquiridos sentem-se confiantes para a tomada da decisão, não recorrendo frequentemente à opinião do director clínico da instituição.

C.5. Ressuscitação cardiopulmonar-cerebral

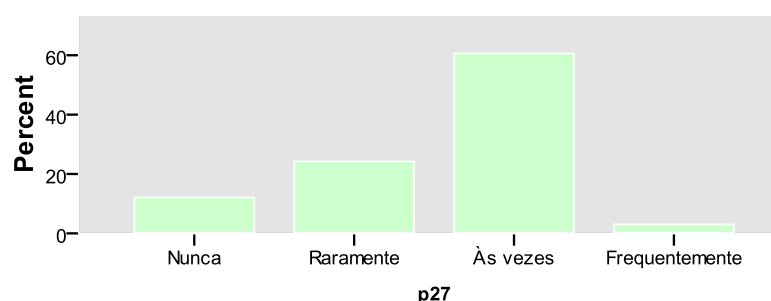
- *Na minha opinião, a RCPC é inútil em animais moribundos ou com doença crónica grave (p21).*
A visão global das respostas dadas é de concordância com a afirmação; 5 respondentes (14,7%) optaram por “Sempre”, 16 respondentes (47,1%) optaram por “Frequentemente”, 11 respondentes (32,4%) optaram por “Às vezes” e 2 respondentes (5,9%) optaram por “Raramente”. Nenhum inquirido respondeu “Nunca”. A percentagem acumulada (Sempre + Frequentemente + Às vezes) é de 94,2%.

Gráfico 29: Resposta a "Na minha opinião, a RCPC é inútil em animais moribundos ou com doença crónica grave".



- *Penso que as tentativas de RCPC podem ser clinicamente inapropriadas (p27).*
Esta afirmação gerou uma reacção contrária à anterior, de discordância, apesar da resposta mais vezes oferecida ter sido “Às vezes”, por 20 inquiridos (60,6%); 4 inquiridos (12,1%) responderam “Nunca” e 8 inquiridos (24,2%) responderam “Raramente” (percentagem acumulada=97%); apenas 1 inquirido (3%) respondeu “Frequentemente” e nenhum inquirido respondeu “Sempre”. A esta pergunta não respondeu 1 inquirido (2,9%).

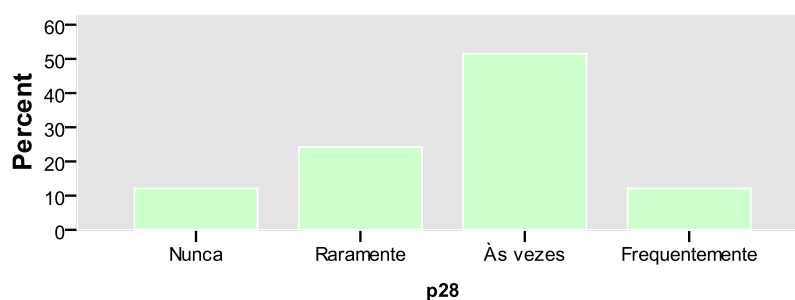
Gráfico 30: Resposta a "Penso que as tentativas de RCPC podem ser clinicamente inapropriadas".



- *Penso que as tentativas de RCPC podem ser eticamente inapropriadas (p28).*

Como no caso anterior, esta afirmação gerou uma reacção global de discordância, tendo sido igualmente a resposta mais comum “Às vezes”, optada por 17 inquiridos (51,5%); 4 inquiridos (12,1%) responderam “Nunca” e 8 inquiridos (24,2%) responderam “Raramente” (percentagem acumulada=87,9%); 4 inquiridos (12,1%) responderam “Frequentemente” e nenhum inquirido respondeu “Sempre”. A esta pergunta não respondeu 1 inquirido (2,9%).

Gráfico 31: Resposta a "Penso que as tentativas de RCPC podem ser eticamente inapropriadas".



D. Práticas e emoções

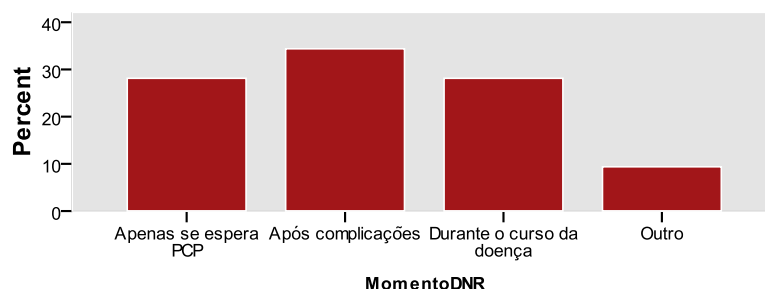
D.1. Desempenho individual / colectivo

- *Em que momento geralmente levanta a hipótese aos donos da Não Reanimação, de forma verbal ou eventualmente escrita (MomentoDNR)?*

Quanto ao momento em que se levanta o tema da Não Reanimação, os participantes responderam de forma diversificada, tendo havido 2 inquiridos (5,9%) que não responderam à pergunta. À opção “Apenas se espera PCP”, responderam 9 inquiridos (28,1%), à opção “Após complicações”, responderam 11 inquiridos (34,4%) e à opção “Durante o curso da doença” responderam 9 inquiridos (28,1%). A opção “Outro” foi preferida por 3 inquiridos (9,4%), acrescentando levantar a hipótese de Não Reanimação aos donos “Quando o desfecho poderá traduzir-se em coma”, “Em animais terminais” e “Após as primeiras reanimações”. Nenhum inquirido escolheu a opção “Na admissão do animal”.

No estudo original de Hofmeister *et al.* (2008b), 52% dos inquiridos responderam que levantam a hipótese da DNR na admissão do animal (tanto na admissão na unidade de cuidados intensivos [38%], como na admissão no hospital [14%]), 25% levantam a hipótese apenas se se espera uma paragem cardiopulmonar, 9% fazem-no durante o curso da doença e apenas 2% acham que o momento certo é quando surgem complicações (a resposta menos comum no estudo americano foi a mais respondida no presente estudo).

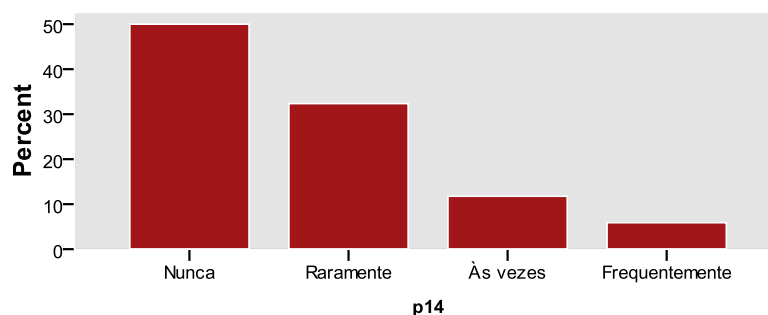
Gráfico 32: Resposta a "Em que momento geralmente levanta a hipótese aos donos da Não Reanimação, de forma verbal ou eventualmente escrita?"



Uma conclusão global das respostas dos inquiridos à pergunta é que a DNR nunca é levantada pelo veterinário quando não se prevêem problemas. Possivelmente, na nossa realidade cultural seria mesmo um motivo de preocupação possivelmente infundada por parte dos donos se o veterinário pusesse a hipótese de não reanimar em caso de PCP quando, por exemplo, o animal é admitido no hospital para um procedimento aparentemente inócuo.

- *Eu permitiria que os donos estivessem presentes durante a RCPC dos seus animais (p14).*
Esta afirmação foi fortemente contestada pelos respondentes do questionário, com uma percentagem acumulada (Nunca + Raramente + Às vezes) de 94,1%; 17 dos inquiridos (50%) responderam "Nunca", o que é um indício de discordância muito significativo, 11 inquiridos (32,4%) responderam "Raramente", 4 inquiridos (11,8%) responderam "Às vezes" e 2 inquiridos (5,9%) responderam "Frequentemente". Nenhum inquirido respondeu "Sempre".
No estudo original de Hofmeister *et al.* (2008b), apenas 4% dos respondentes permitiria a presença dos donos na RCPC "Às vezes" ou "Frequentemente" (percentagem acumulada Às vezes + Frequentemente=17,7%, o que sugere uma maior permissividade no caso do presente estudo); de igual modo, nenhum dos inquiridos respondeu "Sempre".

Gráfico 33: Resposta a "Eu permitiria que os donos estivessem presentes durante a RCPC dos seus animais".

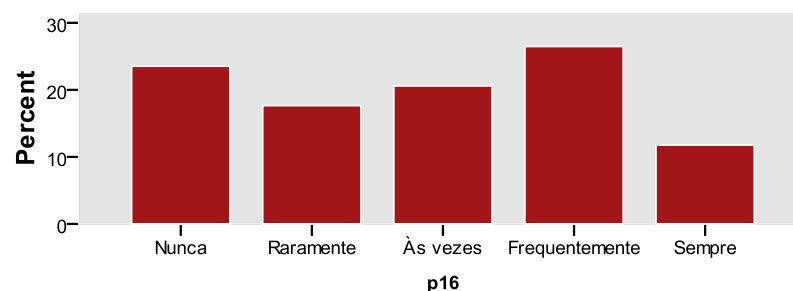


Contudo, em medicina humana, hoje em dia começa a ser aceite a presença dos familiares no momento em que se aplicam os esforços de reanimação. Este foi um tema abordado nas orientações do ERC (2005), onde se referiu que muitos familiares gostariam de estar presentes durante as tentativas de ressuscitação e, dos que estiveram, mais de 90% fariam-no outra vez. Acrescenta-se que a maioria dos pais, queriam estar com os seus filhos neste momento, para se certificarem que tudo o que era possível foi feito e que todos os procedimentos foram conduzidos com a máxima competência. Mais uma vez, fica a alusão de que o mesmo poderia acontecer na relação do dono com o seu animal de companhia. Ainda mais porque em veterinária a aplicação de metodologias de RCPC são serviços dispendiosos e que, com ou sem sucesso, estão a cargo do dono.

- *Eu preocupo-me com o(s) dono(s) quando estou a realizar RCPC no seu animal (p16).*

Esta afirmação originou um global de resposta muito homogéneo, com as respostas repartidas por todas as opções apresentadas. “Nunca” foi respondido por 8 inquiridos (23,5%), “Raramente” foi respondido por 6 inquiridos (17,6%), “Às vezes” foi respondido por 7 inquiridos (20,6%), “Frequentemente” foi respondido por 9 inquiridos e “Sempre” foi respondido por 4 inquiridos (11,8%). Hofmeister *et al.* (2008a) justificam esta preocupação com os donos com o facto de serem eles os que sofrem as maiores consequências emocionais com a morte dos seus animais.

Gráfico 34: Resposta a “Eu preocupo-me com o(s) dono(s) quando estou a realizar RCPC dos seus animais”.

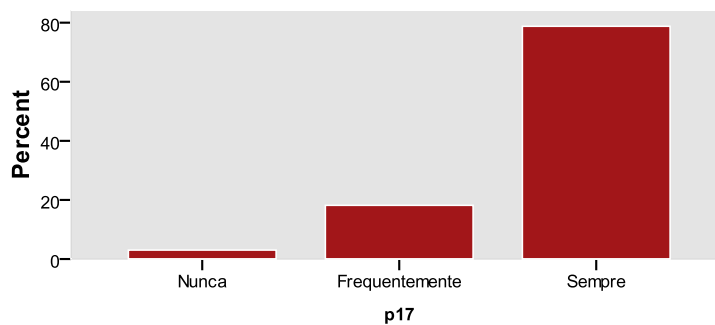


- *Eu preocupo-me com o animal a quem estou a realizar RCPC (p17).*

A esta afirmação a reacção foi globalmente e massivamente favorável, o que sugere maior dedicação emocional dos veterinários aos animais (como se verificou no estudo original de Hofmeister *et al.* (2008a); 26 dos inquiridos (78,9%) responderam “Sempre” e 6 inquiridos (18,2%) responderam “Frequentemente” (percentagem acumulada Sempre + Frequentemente = 97%); nenhum inquirido respondeu “Às vezes” ou “Raramente”. Contudo, houve 1 inquirido (3%)

que respondeu “Nunca”, resposta esta totalmente alheia das dos restantes inquiridos e 1 inquirido que não respondeu à pergunta. Hofmeister *et al.* (2008a) argumenta que a preocupação com o animal é mais unânime (comparando com a preocupação com o dono) porque efectivamente é o animal que está doente e a morrer, e não o dono.

Gráfico 35: Resposta a “Eu preocupo-me com o animal a quem estou a realizar RCPC”.

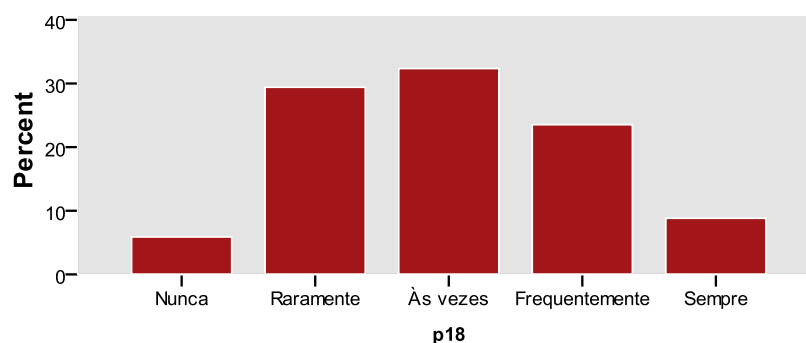


- *Sinto-me stressado quando realizo RCPC (p18).*

As reacções a esta afirmação não foram muito unânimes, possivelmente porque a definição de stress não foi fornecida e para alguns pode ter uma conotação negativa; 2 inquiridos (5,9%) responderam “Nunca”, 10 inquiridos (29,4%) responderam “Raramente”, 11 inquiridos (32,4%) responderam “Às vezes”, 8 inquiridos (23,5%) responderam “Frequentemente” e 3 inquiridos (8,8%) responderam “Sempre”.

No estudo original de Hofmeister *et al.* (2008a), apenas 3,5% dos inquiridos responderam que nunca se sentem stressados quando realizam RCPC (*I experience stress when performing CPCR*).

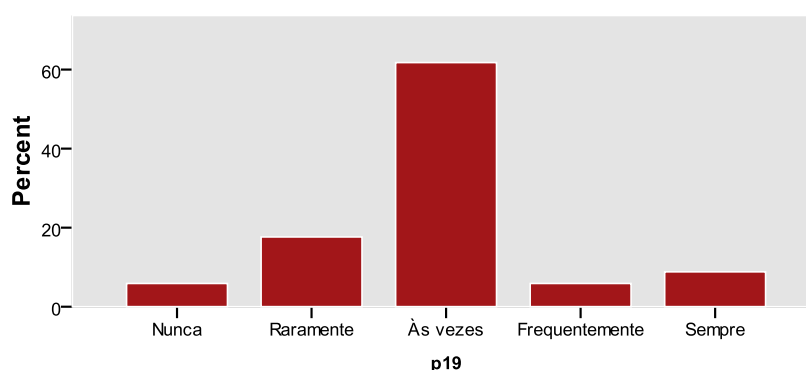
Gráfico 36: Resposta a “Sinto-me stressado quando realizo RCPC”.



- *Uma RCPC falhada tem impacto negativo nas minhas emoções/expectativas (p19).*

Apesar da forte tendência “central”, a afirmação suscitou uma reacção globalmente discordante, com 85,3% de percentagem acumulada (Nunca + Raramente + Às vezes), face a uma percentagem acumulada Sempre + Frequentemente + Às vezes de 76,5%; 2 inquiridos (5,9%) responderam “Nunca”, 6 inquiridos (17,6%) responderam “Raramente”, 21 inquiridos (61,8%, a resposta mais significativa) responderam “Às vezes”, 2 inquiridos (5,9%) responderam “Frequentemente” e 3 inquiridos (8,8%) responderam “Sempre”.

Gráfico 37: Resposta a "Uma RCPC falhada tem impacto negativo nas minhas emoções/expectativas".

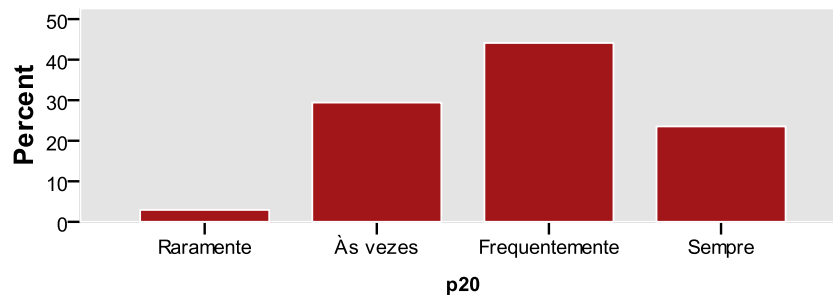


- *Uma RCPC com sucesso tem um impacto positivo nas minhas emoções/expectativas (p20).*

Pelo contrário, esta afirmação apresentou uma reacção globalmente favorável e com uma intensidade superior à discordância da afirmação anterior; 8 inquiridos (23,5%) responderam “Sempre”, 15 inquiridos (44,1%) responderam “Frequentemente”, 10 inquiridos (29,4%) responderam “Às vezes”, 1 inquirido (2,9%) respondeu “Raramente” e nenhum inquirido respondeu “Nunca”. A percentagem acumulada (Sempre + Frequentemente + Às vezes) é de 97%, o que comprova a intensidade da concordância dos inquiridos com a afirmação.

Como se observou no estudo original de Hofmeister *et al.* (2008a), os veterinários sentem um impacto positivo maior numa RCPC com sucesso do que o impacto negativo quando a RCPC é falhada ou, por outras palavras, que os veterinários possivelmente obtêm mais satisfação ao poderem ajudar o animal do que insatisfação ao não poderem fazer nada para ajudar o paciente. Segundo os mesmos autores, isto pode significar que os veterinários lidam bem com RCPCs falhadas e simultaneamente que este é um reflexo da baixa taxa de sucesso da RCPC (que quando é bem sucedida os veterinários ficam surpreendidos pela positiva).

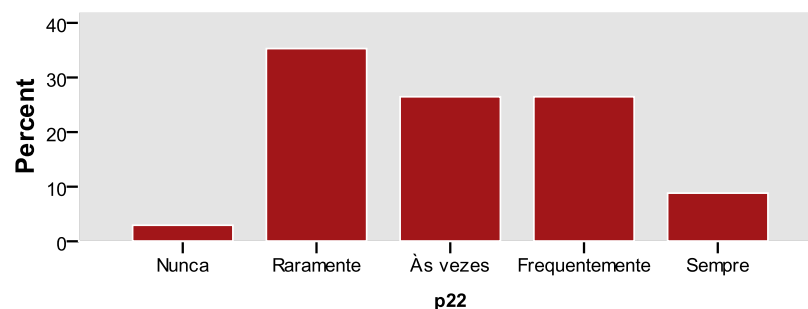
Gráfico 38: Resposta a "Uma RCPC com sucesso tem um impacto positivo nas minhas emoções/expectativas".



- *Sinto necessidade de discutir uma RCPC falhada com alguém (p22).*

A afirmação originou resposta centralizadas, preferencialmente nas opções “Raramente”, “Às vezes” e “Frequentemente”; 1 dos inquiridos (2,9%) respondeu “Nunca”, 12 dos inquiridos (35,3%) responderam “Raramente”, 9 dos inquiridos (26,5%) responderam “Às vezes”, outros 9 inquiridos (26,5%) responderam “Frequentemente” e 3 dos inquiridos (8,8%) responderam “Sempre”.

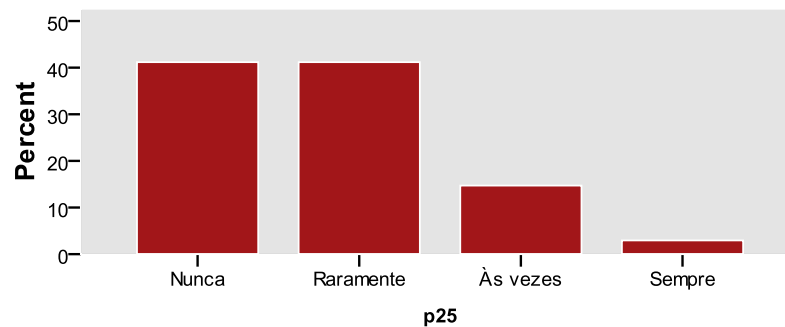
Gráfico 39: Resposta a "Sinto necessidade de discutir uma RCPC falhada com alguém".



- *Considero a possibilidade de problemas legais quando decido iniciar RCPC (p25).*

Globalmente a reacção à afirmação foi desfavorável, havendo discordância significativa, comprovada pela percentagem acumulada (Nuca + Raramente + Às vezes) de 97,1%; 14 dos inquiridos (41,2%) responderam “Nunca”, outros 14 inquiridos (41,2%) responderam “Raramente”, 5 inquiridos (14,7%) responderam “Às vezes”, nenhum inquirido respondeu “Frequentemente” e 1 inquirido (2,9%) respondeu “Sempre”.

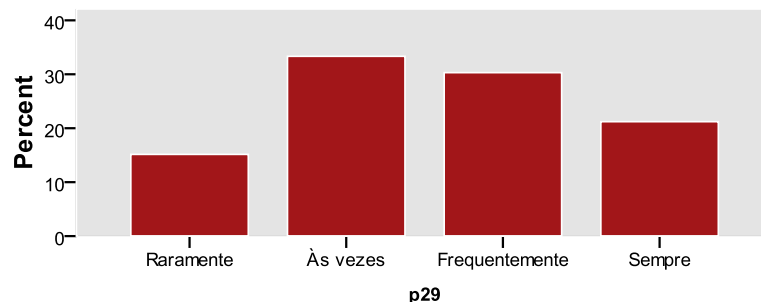
Gráfico 40: Resposta a "Considero a possibilidade de problemas legais quando decido iniciar RCPC".



- *Faria RCPC num animal com um bom prognóstico a curto e longo prazo mas com pouca qualidade de vida (p29).*

Este é um cenário que suscitou uma reacção global de concordância entre os participantes do estudo, embora se considerasse um desfecho com pouca qualidade de vida para o animal; 7 inquiridos (21,2%) responderam "Sempre", 10 inquiridos (30,3%) responderam "Frequentemente", 11 inquiridos (33,3%) responderam "Às vezes" (percentagem acumulada = 84,8%), 5 inquiridos (15,2%) responderam "Raramente" e nenhum inquirido respondeu "Nunca". Houve 1 inquirido que não apresentou qualquer resposta.

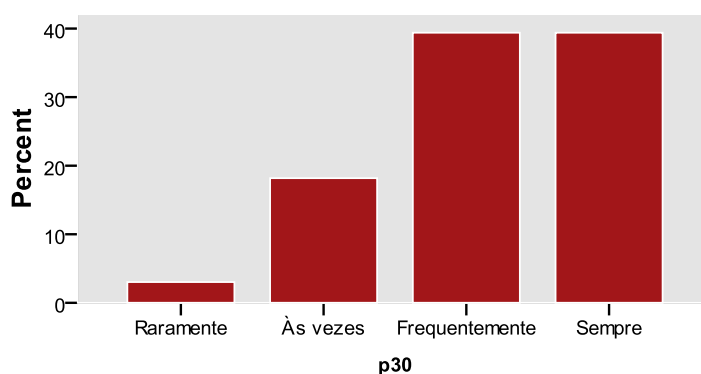
Gráfico 41: Resposta a "Faria RCPC num animal com um bom prognóstico a curto e longo prazo mas com pouca qualidade de vida".



- *Faria RCPC num animal com bom prognóstico a curto prazo e boa qualidade de vida mas com mau prognóstico a longo prazo (p30).*

Este cenário também suscitou uma reacção global de concordância, com uma intensidade superior ao anterior. A percentagem acumulada (Sempre + Frequentemente + Às vezes) é igualmente superior, com um valor de 97%; 13 dos inquiridos (39,4%) responderam "Sempre", outros 13 inquiridos (39,4%) responderam "Frequentemente", 6 inquiridos (18,2%) responderam "Às vezes", 1 inquirido (3%) respondeu "Raramente" e nenhum inquirido respondeu "Nunca". Note-se que houve um inquirido que não respondeu à pergunta.

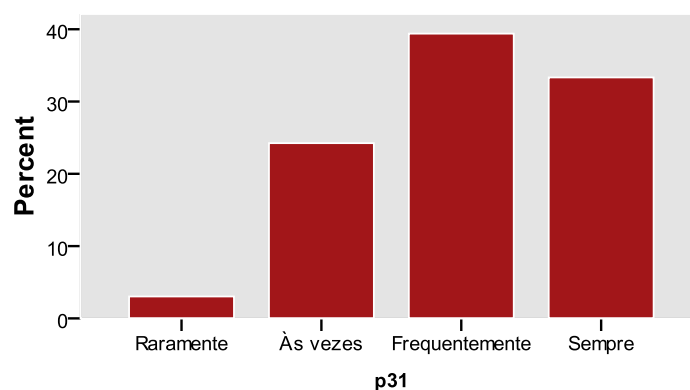
Gráfico 42: Resposta a "Faria RCPC num animal com bom prognóstico a curto prazo e boa qualidade de vida mas com mau prognóstico a longo prazo".



- *Faria RCPC num animal com mau prognóstico a curto e longo prazo mas com boa qualidade de vida (p31).*

Mais uma vez, a reacção global é favorável, com uma percentagem acumulada (Sempre + Frequentemente + Às vezes) de 96,9%; 11 dos inquiridos (33,3%) responderam "Sempre", 13 inquiridos (39,4%) responderam "Frequentemente", 8 inquiridos (24,2%) responderam "Às vezes", 1 inquirido (3%) respondeu "Raramente" e nenhum inquirido respondeu "Nunca". Note-se que houve um inquirido que não respondeu à pergunta.

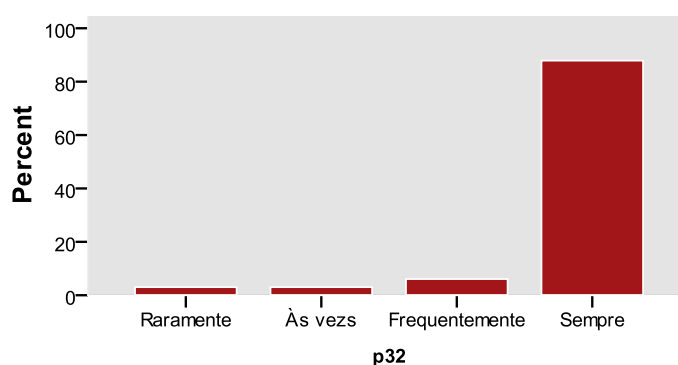
Gráfico 43: Resposta a "Faria RCPC num animal com mau prognóstico a curto e a longo prazo mas com boa qualidade de vida".



- *Faria RCPC num animal com bom prognóstico a curto e a longo prazo e com boa qualidade de vida (p32).*

Este é o cenário mais optimista de todos os apresentados, apresentando uma tendência de resposta fortemente concordante, com 29 inquiridos (87,9%) a responderem “Sempre” e apenas 2 inquiridos (6,1%) a responderem “Frequentemente”, 1 inquirido (3%) a responder “Às vezes” e 1 inquirido (3%) a responder “Raramente”; nenhum inquirido respondeu “Nunca”. A percentagem acumulada (Sempre + Frequentemente + Às vezes) é de 97%. Houve 1 inquirido que não respondeu em nenhuma opção.

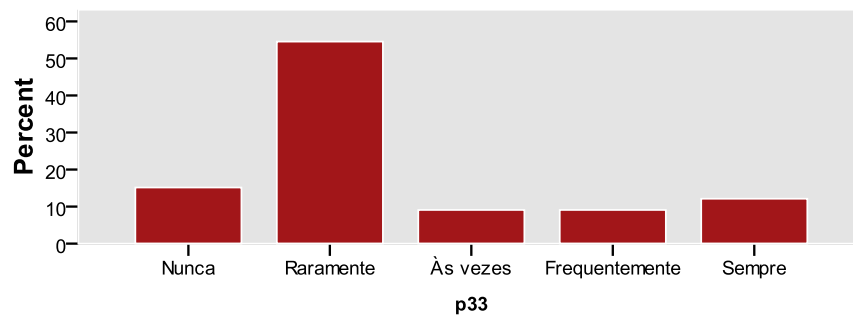
Gráfico 44: Resposta a "Faria RCPC num animal com bom prognóstico a curto e a longo prazo e com boa qualidade de vida".



- *Faria CPCR num animal com mau prognóstico a curto e longo prazo e má qualidade de vida (p33).*

Este é sem dúvida o pior cenário considerado e a reacção global é de discordância, embora não tão acentuada como a concordância no cenário anterior. A percentagem acumulada (Nunca + Raramente + Às vezes) é de 78,8%; apenas 5 inquiridos (15,2%) responderam “Nunca” (face a 29 inquiridos, ou seja, 87,9% a responderem o extremo oposto no cenário diametralmente oposto), 18 inquiridos (54,5%) responderam “Raramente”, 3 inquiridos (9,1%) responderam “Às vezes”, 3 inquiridos (9,1%) responderam “Frequentemente” e 4 inquiridos (12,1%) respondeu “Sempre” (face a nenhuma resposta “Nunca” no cenário oposto). Houve 1 inquirido que não deu qualquer resposta.

Gráfico 45: Resposta a "Faria RCPC num animal com mau prognóstico a curto e a longo prazo e má qualidade de vida".

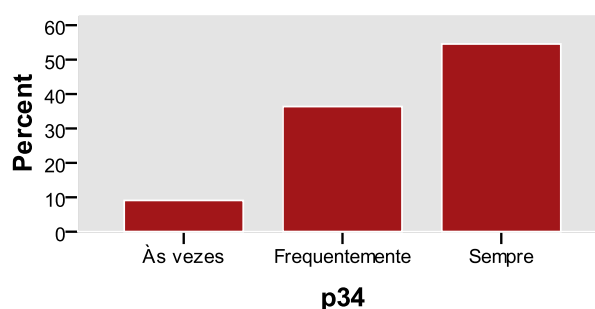


- *Faria RCPC em qualquer animal com paragem CP se não soubesse os desejos de DNR do dono (p34).*

Este cenário encerra o grupo de cenários apresentados anteriormente (p29 – p33) e a resposta global retirada corrobora as respostas anteriores. De uma forma global, os veterinários inquiridos avançam à partida para uma RCPC e eventualmente existem factores agravantes que podem provocar alguma hesitação na decisão de iniciar a reanimação. A reacção global a esta afirmação foi favorável, com uma percentagem acumulada (Sempre + Frequentemente + Às vezes) de 100%. Isto significa que 18 inquiridos (54,5%) responderam “Sempre”, 12 inquiridos (36,4%) responderam “Frequentemente” e 3 inquiridos (9,1%) responderam “Às vezes”, e que nenhum inquirido respondeu “Raramente” ou “Nunca”. Houve um inquirido que não respondeu a esta pergunta.

No estudo original de Hofmeister *et al.* (2008b), quase metade dos respondentes (49%) indicaram que fariam RCPC sempre num animal em paragem cardiopulmonar se não conhecesse os desejos de DNR dos donos.

Gráfico 46: Resposta a "Faria RCPC em qualquer animal com paragem cardiopulmonar se não soubesse os desejos de DNR do dono".



Nos cenários apresentados aos inquiridos (de p29 a p34), verifica-se uma tendência para avançar para as tentativas de reanimação em muitos dos casos, sendo o factor “boa qualidade de vida” um estímulo para a confluência das respostas no sentido da realização da RCPC. Esta tendência é sustentada pela conclusão de Hofmeister *et al.* (2008b) que afirma que “a qualidade de vida é o determinante mais importante na motivação para a realização de RCPC” (p.146; tradução livre).

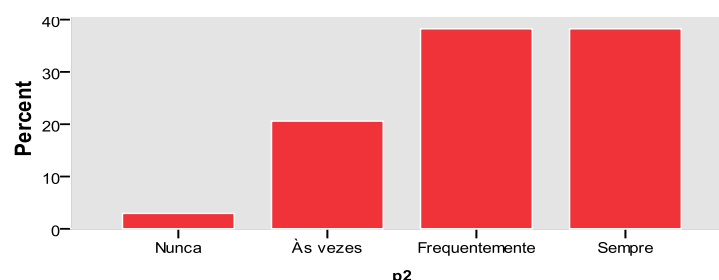
Em particular, o último cenário (p34) e respectivas respostas, indicam uma forte tendência para a realização de RCPC quando não se sabe os desejos de DNR; contudo, não há na maioria das instituições um documento formal de DNR e só em cerca de metade há a possibilidade de formalizar de forma escrita este desejo. Isto significa que há reanimações que são realizadas e que possivelmente não seriam caso houvesse mecanismos de discussão e formalização da DNR na prática clínica das instituições inquiridas. Num plano hipotético ou mesmo especulativo, fica a sugestão de que se realizam reanimações em demasia, porque efectivamente os veterinários não têm o conhecimento dos desejos do dono para poderem actuar em conformidade. A confirmação desta reflexão, eventualmente num estudo futuro, pode significar que há donos descontentes que pagam a mais pelos serviços veterinários e a quem não foram explicadas as implicações do caso do seu animal, o que se pode traduzir na prática na geração de um conflito na altura de pagar a factura ou mesmo em problemas legais.

D.2. Envolvimento dos donos

- *Sinto-me confortável para discutir RCPC e DNR com os donos (p2).*

A afirmação suscita uma reacção de concordância por parte dos respondentes, com uma percentagem acumulada (Sempre + Frequentemente + Às vezes) de 97%; 13 inquiridos (38,2%) responderam “Sempre”, outros 13 inquiridos (38,2%) responderam “Frequentemente” e 7 inquiridos (20,6%) responderam “Às vezes”; nenhum inquirido respondeu “Raramente” e houve 1 inquirido (2,9%) que respondeu “Nunca” (uma resposta muito desfasada das restantes).

Gráfico 47: Resposta a “Sinto-me confortável para discutir RCPC e DNR com os donos”.

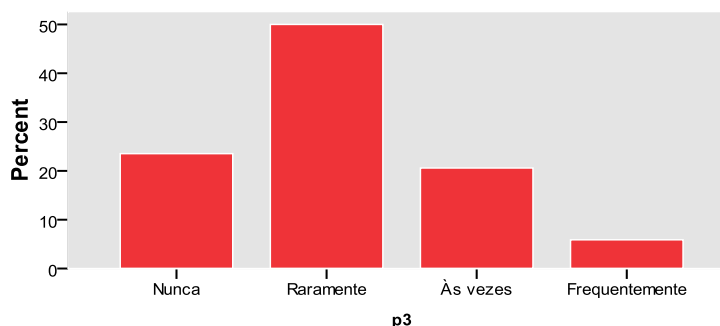


- *Sinto-me stressado quando discuto DNR com os donos e/ou família (p3).*

Esta afirmação foi globalmente rejeitada pelos inquiridos, com uma percentagem acumulada (Nunca + Raramente + Às vezes) de 94,1%; 8 inquiridos (23,5%) responderam “Nunca”, 17 inquiridos (50%) responderam “Raramente”, 7 inquiridos (20,6%) responderam “Às vezes”, 2 inquiridos (5,9%) responderam “Frequentemente” e nenhum inquirido respondeu “Sempre”.

No estudo original de Hofmeister *et al.* (2008a), a maioria dos respondentes discordaram do mesmo modo da afirmação (*I experience stress when discussing DNAR status with client and/or family*), tendo 84% dos inquiridos respondido que nunca, raramente ou às vezes se sentem stressados nestas circunstâncias.

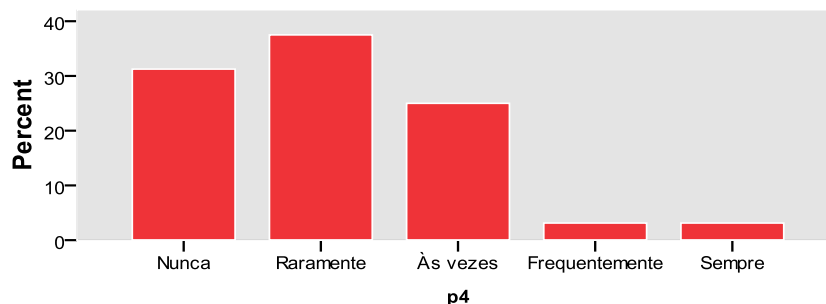
Gráfico 48: Resposta a "Sinto-me stressado quando discuto DNR com os donos e/ou família".



- *O facto de ter de lidar com as **emoções** dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR (p4).*

Esta também é uma afirmação com que os respondentes não concordam, com uma percentagem acumulada (Nunca + Raramente + Às vezes) de 93,8%; 10 inquiridos (31,3%) responderam “Nunca”, 12 inquiridos (37,5%) responderam “Raramente”, 8 inquiridos (25%) responderam “Às vezes”, 1 inquirido (3,1%) respondeu “Frequentemente” e 1 inquirido (3,1%) respondeu “Sempre”. Não deram resposta a esta pergunta 2 inquiridos.

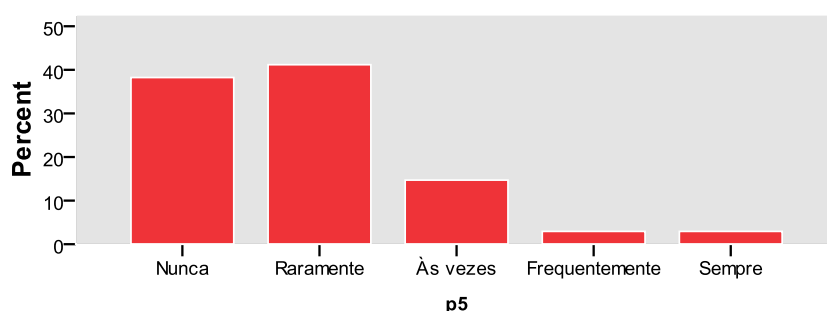
Gráfico 49: Resposta a "O facto de ter de lidar com as emoções dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPCeDNR".



- O facto de ter de lidar com o **medo e ansiedade** dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR (p5).

Do mesmo modo, esta afirmação foi discordada pelos participantes do estudo, com uma percentagem acumulada (Nunca + Raramente + Às vezes) de 94,1%; 13 dos inquiridos (38,2%) responderam “Nunca”, 14 dos inquiridos (41,2%) responderam “Raramente”, 5 dos inquiridos (14,7%) responderam “Às vezes”, 1 inquirido (2,9%) respondeu “Frequentemente” e 1 inquirido (2,9%) respondeu “Sempre”.

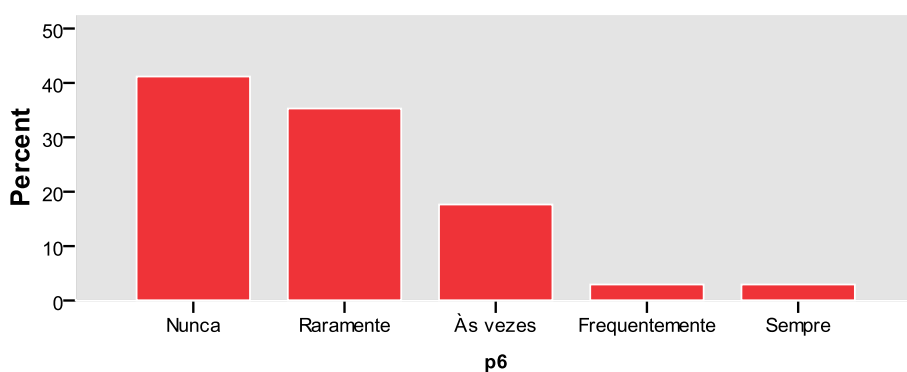
Gráfico 50: Resposta a "O facto de ter de lidar com o medo e ansiedade dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR".



- O facto de ter de lidar com a **tristeza e dor** dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR (p6).

Mais uma vez, os respondentes discordaram da afirmação, com uma percentagem acumulada (Nunca + Raramente + Às vezes) de 94,1%; 14 dos inquiridos (41,2%) responderam “Nunca”, 12 dos inquiridos (35,3%) responderam “Raramente”, 6 dos inquiridos (17,6%) responderam “Às vezes”, 1 inquirido (2,9%) respondeu “Frequentemente” e 1 inquirido (2,9%) respondeu “Sempre”.

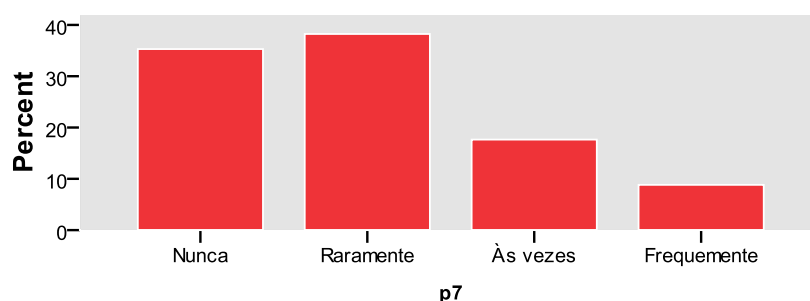
Gráfico 51: Resposta a "O facto de ter de lidar com a tristeza e dor dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR".



- O facto de ter de lidar com a **hostilidade e raiva** dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR (p7).

Coerentemente, os inquiridos não concordaram com esta afirmação, assim como não concordaram com outras semelhantes, com uma percentagem acumulada (Nunca + Raramente + Às vezes) de 91,2%; 12 dos inquiridos (35,3%) responderam “Nunca”, 13 dos inquiridos (38,2%) responderam “Raramente”, 6 dos inquiridos (17,6%) responderam “Às vezes”, 3 inquiridos (8,8%) responderam “Frequentemente” e nenhum inquirido respondeu “Sempre”.

Gráfico 52: Resposta a "O facto de ter de lidar com a hostilidade e raiva dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR".



Os resultados desta sub-categoria indicam que os inquiridos sentem-se confortáveis para discutir questões delicadas como a RCPC e DNR com os donos e que raramente as emoções dos donos são impeditivas. Assim sendo, poderá dizer-se que os veterinários sentem-se confortáveis para envolver os donos nos casos clínicos dos seus animais, em concreto no que diz respeito a decisões de fim de vida.

Perguntas de resposta aberta

As perguntas de resposta aberta têm a vantagem de permitir ao inquirido uma resposta livre, com uma maior abrangência, quando comparada com o encerramento da resposta em opções, como acontece na escolha múltipla.

- *Como determina quando parar os esforços de RCPC?*

A esta pergunta, os participantes do estudo responderam em regra com especificações técnicas, contudo alguns mencionaram o envolvimento dos donos. De notar que nem todos os inquiridos responderam à pergunta, alguns inquiridos só mencionara um dos determinantes abaixo apresentados e outros descreveram um ou mais determinantes para a interrupção dos esforços de reanimação.

Tabela 4: Respostas às perguntas abertas; determinantes para parar RCPC e número de respostas.

Determinante para parar RCPC		Número de respostas	Total
1. Tempo de RCPC/Ausência de pulso e batimentos cardíacos	3 minutos	n = 1	n = 12
	5 minutos	n = 4	
	10 minutos	n = 3	
	20 minutos	n = 1	
	30 minutos	n = 2	
	1 a 2 horas	n = 1	
2. Ausência de resposta clínica do animal (sem especificar o tempo de RCPC)			n = 6
3. Número de tentativas de RCPC	≥ 2 reanimações		n = 1
4. A pedido dos donos			n = 4
5. Sinais neurológicos	Evidência de morte cerebral / coma	n = 2	n = 4
	Ausência de reflexos oculares	n = 1	
	Escala Glasgow modificada 3	n = 1	
6. Sinais respiratórios	Apneia prolongada	n = 1	n = 2
	Ausência de respiração voluntária >15 minutos	n = 1	
7. Outros	Fibrilhação ventricular após 3 ou mais tentativas de desfibrilhação	n = 1	n = 3
	Após 2 ou 3 administrações de adrenalina	n = 1	
	Quando os meios da instituição não permitem fazer RCPC de forma razoável	n = 1	
Total de respostas: 32			

As respostas apresentadas são consideravelmente diversas, não havendo um consenso entre os inquiridos sobre os determinantes para terminar os esforços de reanimação.

Os resultados do estudo original de Hofmeister *et al.* (2008b) apontam para que muito poucos respondentes indicaram medidas objectivas para estabelecer quando parar os esforços de RCPC, o que sugere falta de treino e conhecimento dos determinantes para a cessação dos esforços de RCPC.

▪ Comentários adicionais

Apenas 4 dos inquiridos deixaram um comentário adicional, e destes quatro comentários, 3 foram sugestões.

Comentário:

- A RCPC em custos elevados e provoca expectativas elevadas nos donos, que podem não corresponder à realidade.

Sugestões:

- Sugestão de formulário aquando da admissão do animal;
- Mais formação de RCPC e internismo durante o curso de Medicina Veterinária;
- Mais discussão do tema entre os profissionais e discussão com os donos no momento de admissão do animal para internamento / cirurgia.

5.2. 2ª PARTE: Cruzamento de dados

No programa de SPSS, cruzou-se a variável “Experiência”, que se refere aos anos de exercício clínico, e a variável “p10”, que responde à pergunta/afirmação “Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC”, com todas as variáveis das categorias B (Factos / resultados do desempenho profissional na RCPC), C (Percepções / opiniões) e D (Práticas e emoções), excepto “Factos / resultados do desempenho profissional na RCPC relativos à instituição onde trabalham”. Seguidamente, testou-se a correlação entre as variáveis cruzadas, aplicando-se o coeficiente de correlação de Spearman.

Serão aqui descritos os cruzamentos de variáveis que apresentem um coeficiente de correlação de Spearman estatisticamente significativo definido pelo programa estatístico SPSS, encontrando-se todas as tabelas de cruzamentos de dados (*Crosstabs*) no anexo 7. No anexo 8 encontram-se as correlações entre as variáveis cruzadas por aplicação do factor de correlação de Spearman.

5.2.1. Cruzamento da variável “Experiência” e restantes variáveis/perguntas

Foram cruzadas todas as variáveis correspondentes às perguntas e afirmações do inquérito com a variável “Experiência”, expressa em anos de exercício profissional. Por análise das tabelas de cruzamento de dados (*Crosstabs*, no anexo 7), poderá ficar alguma sugestão de relação de determinada classe de experiência com uma tendência de resposta, contudo, por aplicação do factor de correlação de Spearman, não se verificou nenhuma correlação estatisticamente significativa. Eventualmente, a ausência de correlação estatisticamente significativa pode ter sido devida ao facto das terceira e quarta classes de “Experiência” (“16-25 anos” e “>26 anos” de exercício profissional, respectivamente) serem representadas por apenas dois inquiridos cada uma.

5.2.2. Cruzamento da variável “Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC” (p10) e restantes variáveis/perguntas

Como justificado no capítulo “Método de tratamento de dados” (ver acima), fez-se o cruzamento da variável “p10”, cujos resultados foram obtidos através da pergunta “Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC”, com as mesmas variáveis/perguntas com que se cruzou a variável “Experiência”. Do mesmo modo, testou-se posteriormente a correlação entre as variáveis cruzadas, aplicando-se o coeficiente de correlação de Spearman.

Serão aqui descritos apenas os cruzamentos de variáveis que apresentem um coeficiente de correlação de Spearman estatisticamente significativo definido pelo programa SPSS® (ou seja, com

um nível de significância de 0,01 ou 0,05), encontrando-se todas as tabelas de cruzamentos de dados (*Crosstabs*) no anexo 7 e os factores de correlação de Spearman (*NonParametric Correlations*) no anexo 8.

- Cruzamento “Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC” (p10) e “PrepLiderar”

Tabela 5: Cruzamento das variáveis "Capacidade de liderar numa RCPC" (p10) e "Sente-se adequadamente preparado/treinado para liderar uma RCPC?".

p10 * PrepLiderar Crosstabulation

		Count		
		PrepLiderar		Total
		Sim	Não	
p10	Nunca	1	2	3
	Raramente	0	3	3
	Às vezes	0	7	7
	Frequentemente	8	4	12
	Sempre	9	0	9
Total		18	16	34

Como se pode verificar, os inquiridos apresentaram coerência ao responderem a esta questão, tendo os “preparados/treinados para liderar” respondido massivamente às opções “Frequentemente” e “Sempre” à afirmação p10 (“Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC”). Pelo contrário, os que afirmam não estar preparados/treinados para liderar uma RCPC têm reacções mais dispersas à afirmação p10 (“Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC”) mas fundamentalmente discordantes com a afirmação. O coeficiente de correlação de Spearman entre as duas variáveis é de -0,704, o que representa uma correlação negativa significativa para uma confiança de 99%.

- Cruzamento “Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC” (p10) e “Uma RCPC falhada tem impacto negativo nas minhas emoções/expectativas” (p19)

Tabela 6: Cruzamento das variáveis "Capacidade de liderar numa RCPC" e "Uma RCPC falhada tem impacto negativo nas minhas emoções/expectativas".

			p10 * p19 Crosstabulation					
			p19				Total	
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemen te		Sempre
p10	Nunca	Count	0	0	1	1	1	3
		% within p19	,0%	,0%	4,8%	50,0%	33,3%	8,8%
	Raramente	Count	1	0	2	0	0	3
		% within p19	50,0%	,0%	9,5%	,0%	,0%	8,8%
	Às vezes	Count	0	1	5	1	0	7
		% within p19	,0%	16,7%	23,8%	50,0%	,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	0	1	9	0	2	12
		% within p19	,0%	16,7%	42,9%	,0%	66,7%	35,3%
	Sempre	Count	1	4	4	0	0	9
		% within p19	50,0%	66,7%	19,0%	,0%	,0%	26,5%
Total	Count	2	6	21	2	3	34	
	% within p19	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Como se verifica por análise da tabela, os que se sentem mais capazes de liderar uma RCPC estão globalmente em desacordo com a afirmação e, pelo contrário, os que não se sentem capazes de liderar sentem mais o impacto negativo de uma RCPC falhada. Hofmeister *et al.* (2008a), como referido no capítulo do “Método de tratamento de dados”, afirma que os indivíduos que receberam treino específico para realizar RCPC estavam mais confortáveis para discutir DNR, sentiam-se menos stressados ao realizar RCPC e tinham menor impacto negativo com uma RCPC falhada. Hipoteticamente, uma das causas para a correlação demonstrada na Tabela 6, é que os que se sentem capazes de liderar uma RCPC terão um conhecimento mais aprofundado e uma formação mais específica sobre a ressuscitação e estarão mais alertados para uma taxa de sucesso de RCPC consideravelmente baixa. Ao invés, os menos capazes de liderar poderão ter expectativas mais elevadas sobre as metodologias de RCPC e os esforços falhados têm um impacto negativo mais significativo. O coeficiente de correlação de Spearman para estas duas variáveis é de - 0,374, significativamente negativo para um nível de confiança de 95%.

- Cruzamento “Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC” (p10) e “Sinto necessidade de discutir uma RCPC falhada com alguém” (p22)

Tabela 7: Cruzamento das variáveis "Capacidade de liderar numa RCPC" e "Sinto necessidade de discutir uma RCPC falhada com alguém".

p10 * p22 Crosstabulation								
			p22				Total	
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemen te		Sempre
p10	Nunca	Count	0	0	0	2	1	3
		% within p22	,0%	,0%	,0%	22,2%	33,3%	8,8%
	Raramente	Count	1	0	0	1	1	3
		% within p22	100,0%	,0%	,0%	11,1%	33,3%	8,8%
	Às vezes	Count	0	2	1	4	0	7
		% within p22	,0%	16,7%	11,1%	44,4%	,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	0	6	4	1	1	12
		% within p22	,0%	50,0%	44,4%	11,1%	33,3%	35,3%
Sempre	Count	0	4	4	1	0	9	
	% within p22	,0%	33,3%	44,4%	11,1%	,0%	26,5%	
Total		Count	1	12	9	9	3	34
		% within p22	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

- Cruzamento “Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC” (p10) e “Lidar com o medo e ansiedade dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR” (p5)

Tabela 8: Cruzamento das variáveis "Capacidade de liderar numa RCPC" e "Lidar com o medo e ansiedade dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR".

			p10 * p5 Crosstabulation				
			p5				
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
p10	Nunca	Count	1	1	0	0	1
		% within p5	7,7%	7,1%	,0%	,0%	100,0%
	Raramente	Count	2	0	0	1	0
		% within p5	15,4%	,0%	,0%	100,0%	,0%
	Às vezes	Count	1	3	3	0	0
		% within p5	7,7%	21,4%	60,0%	,0%	,0%
	Frequentemente	Count	2	8	2	0	0
		% within p5	15,4%	57,1%	40,0%	,0%	,0%
	Sempre	Count	7	2	0	0	0
		% within p5	53,8%	14,3%	,0%	,0%	,0%
	Total	Count	13	14	5	1	1
		% within p5	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pela análise da tabela (verificando uma concentração de respostas no canto inferior esquerdo), é possível verificar que os inquiridos capazes de liderar uma RCPC são menos influenciados pelo medo e ansiedade dos donos quando decidem discutir com eles RCPC e DNR. Sendo uma correlação negativa (factor de correlação de Spearman de -0,383, significativo para 95% de confiança), verifica-se teoricamente o contrário, ou seja, os que se sentem menos capazes de liderar uma RCPC são mais influenciados pelo medo e ansiedade dos donos quando decidem discutir com eles RCPC e DNR. Possivelmente esta atitude dos “capazes de liderar” é consequência do seu mais elevado nível de preparação para actuar numa RCPC e portanto do elevado nível de confiança no seu desempenho profissional. Não obstante, a inclusão da aprendizagem de capacidades de comunicação com os donos nos programas de formação de RCPC, nomeadamente no transmitir más notícias, poderia eventualmente vir a contariar estes resultados.

- Cruzamento “Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC” (p10) e “Lidar com a tristeza e dor dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR” (p6)

Tabela 9: Cruzamento das variáveis "Capacidade de liderar numa RCPC" e "Lidar com a tristeza e dor dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR".

p10 * p6 Crosstabulation								
			p6					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemen te	Sempre	
p10	Nunca	Count	1	1	0	0	1	3
		% within p6	7,1%	8,3%	,0%	,0%	100,0%	8,8%
	Raramente	Count	2	0	0	1	0	3
		% within p6	14,3%	,0%	,0%	100,0%	,0%	8,8%
	Às vezes	Count	0	3	4	0	0	7
		% within p6	,0%	25,0%	66,7%	,0%	,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	5	5	2	0	0	12
		% within p6	35,7%	41,7%	33,3%	,0%	,0%	35,3%
	Sempre	Count	6	3	0	0	0	9
		% within p6	42,9%	25,0%	,0%	,0%	,0%	26,5%
Total	Count	14	12	6	1	1	34	
	% within p6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Este é um cruzamento de dados muito semelhante ao anterior. De igual modo se verifica uma correlação negativa significativa para 95% de confiança, com um coeficiente de correlação de Spearman de -0,398. Este resultado revela que os inquiridos capazes de liderar uma RCPC, ou seja, mais confiantes do seu desempenho, não são influenciados pela tristeza e dor dos donos quando decidem discutir com eles RCPC e DNR. Ao invés, os que não se sentem capazes de liderar uma RCPC serão, teoricamente, mais influenciados pela tristeza e dor dos donos quando decidem discutir com eles RCPC e DNR.

- Cruzamento “Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC” (p10) e “Lidar com a hostilidade e raiva dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR” (p7)

Tabela 10: Cruzamento das variáveis "Capacidade de liderar numa RCPC" e "Lidar com a hostilidade e raiva dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR".

p10 * p7 Crosstabulation							
			p7				Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequente	
p10	Nunca	Count	1	1	0	1	3
		% within p7	8,3%	7,7%	,0%	33,3%	8,8%
	Raramente	Count	2	0	0	1	3
		% within p7	16,7%	,0%	,0%	33,3%	8,8%
	Às vezes	Count	0	4	3	0	7
		% within p7	,0%	30,8%	50,0%	,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	2	7	2	1	12
		% within p7	16,7%	53,8%	33,3%	33,3%	35,3%
	Sempre	Count	7	1	1	0	9
		% within p7	58,3%	7,7%	16,7%	,0%	26,5%
Total	Count	12	13	6	3	34	
	% within p7	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Mais uma vez, verifica-se uma correlação estatisticamente significativa no sentido negativo, com factor de correlação de Spearman de -0,355 (significância para uma confiança de 95%). Esta negatividade da correlação indica que os que se sentem mais capazes de liderar uma RCPC são os que menos se deixam influenciar por emoções como a hostilidade e raiva dos donos quando decidem discutir com eles questões delicadas como a RCPC e DNR, o que corrobora os resultados anteriores.

6. Conclusões / Considerações finais

A análise das respostas a cada pergunta constitui uma vasta possibilidade de reflexão sobre a realidade portuguesa quanto às percepções e práticas dos veterinários perante a ressuscitação cardiopulmonar-cerebral e decisão de não reanimação. Com o questionário como instrumento de recolha de dados, foi possível recolher informações e insinuações sobre questões éticas relacionadas com a reanimação, decisões de fim de vida e envolvimento dos donos, sobre a casuística estimada de casos de paragem cardiopulmonar e ressuscitação cardiopulmonar-cerebral, factos relativos à instituição onde exercem funções e ainda sobre a preparação ou treino para a execução de metodologias de RCPC, tanto num papel de liderança como de intervenção.

Porém, o presente estudo resultou em algumas conclusões principais, agora descritas.

Não se observou na população do estudo uma tendência de resposta concreta quanto do sucesso da RCPC no contexto da prática clínica. Isto porque em relação às perguntas sobre a taxa de retorno de circulação espontânea/pulso periférico, tempo de estabilidade cardiovascular pós-ressuscitação e taxa de alta clínica, as respostas foram muito diversificadas. Esta heterogenidade pode ter sido devida à falta de definição de paragem cardiorespiratória (PCP) e portanto por diferentes interpretações pelos respondentes, no que diz respeito, por exemplo, à definição do contexto anestésico ou não da PCP, ou dos sinais vitais monitorizados que permitem o reconhecimento da PCP.

A maioria dos respondentes (78,8%) afirmaram que na sua instituição não existe um documento formal para os donos referindo-se à decisão de não reanimação, assim como cerca de metade (48,4%) responderam não haver nenhuma possibilidade do dono formalizar de forma escrita o seu desejo de não reanimação. Este é um indicador de que os donos não são formalmente questionados acerca da sua eventual DNR, embora a maioria dos participantes reconheça a importância da possibilidade de manifestação dos donos em relação às decisões de fim de vida.

Adicionalmente, verificou-se que os inquiridos avançam para as tentativas de reanimação quando não conhecem os desejos de DNR dos donos; contudo, esta é uma situação frequente pois na maioria das instituições não há um documento formal de DNR e só em cerca de metade há a possibilidade de formalizar de forma escrita este desejo, além de que, informalmente, a questão da DNR nunca é levantada aos donos pelo veterinário quando não se prevêem problemas. Posto isto, a ausência de mecanismos de discussão e formalização de DNR pode levar à prática de reanimações que não são necessárias ou que são inadequadas. Surge então a sugestão de que se realizem mais reanimações do que os donos eventualmente poderiam desejar e possivelmente custear.

Cerca de metade (52,9%) dos inquiridos sente-se adequadamente preparado/treinado para liderar num cenário de RCPC, contudo a maioria (94,1%) afirma sentir-se adequadamente preparado/treinado para intervir/auxiliar numa RCPC. Esta diferença de reconhecimento de preparação para liderar e intervir indicia também um reconhecimento dos respondentes de diferentes níveis de conhecimento e sistematização das metodologias de RCPC. Este resultado sugere então a necessidade de formação especializada para se atingir o nível de conhecimentos e treino de forma a alcançar a confiança necessária para a liderança de um cenário de RCPC. Este tipo de formação especializada poderia eventualmente incluir o ensino de capacidades de comunicação, para que os veterinários sentissem confiança também no que diz respeito a lidar com os sentimentos dos donos como o medo e ansiedade, tristeza e dor, hostilidade e raiva, que como se observou, influenciam a decisão dos veterinários de discutir RCPC e DNR com os donos, principalmente dos que se sentem menos capazes de liderar uma RCPC. Face a confiança para afirmar a capacidade de liderança numa RCPC, verificou-se que os que se sentem capazes de liderar sentem menos impacto negativo perante uma RCPC falhada e simultaneamente sentem menos necessidade de discutir uma RCPC falhada com alguém.

Nas perguntas de resposta aberta, verificou-se que, na generalidade, os inquiridos responderam um número considerável de factores determinantes para que se terminem os esforços de RCPC, o que sugere (em concordância com o estudo original de Hofmeister *et al.*, 2008b) alguma falta de treino e conhecimentos específicos sobre a ressuscitação, concretamente de critérios objectivos que determinam a cessação das manobras de reanimação.

6.1. Propostas para a prática clínica

No que diz respeito a toda a temática discutida neste trabalho, ficam algumas propostas que eventualmente possam conciliar as questões envolvidas à RCPC e DNR e a prática clínica.

1. Formação e treino específico sobre metodologias de RCPC

Nos resultados aqui descritos e discutidos, surgiu por diversas vezes a sugestão da necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre reanimação e sistematizar as metodologias aplicadas num cenário de RCPC. Estudos futuros poderão eventualmente vir a confirmar ou não algumas lacunas de formação na medicina veterinária, contudo o treino deste tipo de metodologias será sempre uma mais valia, principalmente para veterinários que exercem em unidades de cuidados críticos. Em medicina humana, por exemplo, cursos de “Suporte Básico de Vida” são realizados sistematicamente e têm uma validade de 2 anos (Cruz Vermelha Portuguesa). A formação deve ser realizada tanto ao nível do suporte básico de vida como do suporte avançado de vida e deve ser alargada tanto quanto possível a todos os colaboradores dos hospitais e clínicas veterinárias.

2. Adopção de políticas de Não-Reanimação

As instituições veterinárias poderiam considerar a adopção de políticas relativas à Decisão de Não Reanimação, como as exemplificadas no anexo 5. Estas políticas deveriam ser transmitidas a todos os veterinários e colaboradores da instituição, para conhecimento e envolvimento de todos, e actuação em conformidade.

3. Instituição de um formulário de Não-Reanimação

Com a definição das políticas da instituição, é possível delinear um formulário de DNR, como o sugerido em anexo (Anexo 4) e adaptá-lo à realidade portuguesa e de cada instituição. Assim, o formulário poderia ser entregue aos donos, mediante a explicação das políticas da instituição, que poderia então envolver-se na discussão do caso do seu animal com o veterinário e tomar uma decisão atempadamente reflectida.

6.2. Propostas de estudos futuros

O tema da ressuscitação cardiopulmonar-cerebral congrega diversas disciplinas dentro da medicina veterinária, representando por isso um vasto campo científico, que retorna ciclicamente aos conhecimentos básicos ao nível da fisiologia e patologia. Adicionalmente, envolve questões éticas, de relação com os animais e donos dos animais, expectativas dos profissionais em relação ao tema e necessidade optimização de emoções e recursos, o que torna esta área ainda mais interessante e estimulante. E que indubitavelmente merece a dedicação e investimento de futuros estudos.

- Aumentar a população inquirida

Seria interessante alargar a resposta do inquérito usado neste estudo como método de recolha de dados a uma população mais extensa, de forma a conseguir resultados mais representativos e correlações estatísticas mais significativas.

- Aprofundar diversos temas questionados no inquérito separadamente

Sendo o inquérito uma colecção de perguntas muito abrangente, e seguindo, por exemplo, a proposta aqui apresentada de distribuição das perguntas em categorias e sub-categorias, seria possível encontrar em cada uma destas secções temas passíveis de desenvolver outros estudos mais específicos sobre as diferentes vertentes da RCPC e sua aplicação na prática clínica.

- Esclarecer o nível de formação e treino especializado sobre RCPC

No seguimento das conclusões apresentadas, talvez a questão mais premente seja a necessidade de clarificar o nível de treino especializado dos veterinários das clínicas e hospitais veterinários portugueses e a eventual adopção de protocolos e algoritmos de reanimação por cada instituição.

6.3. Limitações do estudo

As limitações do presente estudo estão associadas concretamente ao método de recolha de dados (inquérito), metodologia e resultados.

Quanto ao inquérito:

- Interpretando o estudo de LaPiere (1934), Lima (2000) salienta a inconsistência entre atitudes e comportamentos, referindo a possibilidade de haver uma manifestação de tolerância ao nível comportamental e simultaneamente uma expressão de intolerância ao nível atitudinal. Assim, existe a possibilidade de as atitudes ou mesmo os comportamentos dos inquiridos não corresponderem às suas percepções e práticas, tendo sido o momento de resposta ao questionário um mero exercício teórico de reflexão sobre “certo e errado”;
- Muitas das perguntas referiam um conteúdo demasiado abstracto ou generalista, suscitando algumas dificuldades por parte dos respondentes. Esta vicissitude traduziu-se em comentários verbais dos respondentes semelhantes a “...depende da situação...” ou mesmo na não resposta de algumas perguntas por alguns inquiridos.
- O inquérito não foi devidamente validado, pelo que as respostas podem não corresponder à realidade mas antes a uma dimensão conceptual do conjunto dos inquiridos. No estudo original (Hofmeister *et al.*, 2008a) esta foi também uma limitação, no entanto os autores salientaram o estudo como um primeiro passo na investigação nesta área da Medicina Veterinária.

Quanto à metodologia:

- Verificou-se uma grande discrepância entre o número de inquéritos distribuídos (n=92) e o número de inquéritos respondidos (n=34), que correspondeu a uma adesão de 36,9%. Verificou-se que em algumas instituições ficaram alguns inquéritos por responder (por exemplo, por um dos veterinários estar de férias), enquanto que em 3 hospitais não foi preenchido um único inquérito.

Quanto aos resultados:

- Infelizmente foram poucos os participantes com muita experiência profissional, tendo respondido ao questionário apenas 2 inquiridos da classe entre 16 e 25 anos de experiência e outros 2 inquiridos com mais de 26 anos de experiência na prática clínica, num total de 4 seniores com experiência igual ou superior a 16 anos. Este resultado pode justificar a não correlação entre a variável “Experiência” e as variáveis que constituíam as perguntas do inquérito.

7. Referências bibliográficas

- AA.VV.; *Dicionário de Psicologia* (1981). Lisboa: Publicações Dom Quixote
- AA.VV.; *Dicionário de Sociologia* (2002). Porto: Porto Editora
- Bersenas, Alexa (2009). Cardiopulmonary Cerebral Resuscitation (CPCR). *Revista ICBAS do VII Congresso de Medicina Veterinária: Emergência e Cuidados Intensivos*, pp 23-29
- Bonagura, J.D. (1995). *Kirk's Current Veterinary Therapy XII, Small Animal Practice*. W.B. Saunders Company; pp 95-98
- Bonagura, J.D.; Twedt, D.C. (2009). *Kirk's Current Veterinary Therapy XIV*. Saunders Elsevier
- Crawford, M. H.; DiMarco, J. P.; Paulus, W. J. (2004). *Cardiology* (2nd ed); Mosby
- European Resuscitation Council (ERC) (2005). *Guidelines for Resuscitation*; Elsevier, em https://www.erc.edu/index.php/guidelines_download/en (acedido em 2008)
- Fortin, Marie-Fabienne (2000). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (2^a ed); Loures; Lusociência
- Gruen, Lori (1993). Animals. In Singer, Peter, *A companion to ethics*. (pp 343-353). Blackwell Publishing
- Hill, Manuela Magalhães; Hill, Andrew (2005). *Investigação por questionário* (2^a ed). Lisboa: Edições Sílabo
- Hofmeister, E. H.; Thompson, B. F.; Brainard, B. M.; Kegge, S.; Kube, S.; Egger, C. M.; Kimura, Y. M.; Jehn, C.; Green, B. (2008a). Survey of academic veterinarians' attitudes toward provision of cardiopulmonary-cerebral resuscitation and discussion of resuscitation with clientele. *Journal of Veterinary Emergency and Critical Care* 18 (2), pp 133-141
- Hofmeister, E. H.; Thompson, B. F.; Brainard, B. M.; Kegge, S.; Kube, S.; Egger, C. M.; Jehn, C.; Green, B. (2008b). Survey of academic veterinarians' clinical practice in cardiopulmonary-cerebral resuscitation. *Journal of Veterinary Emergency and Critical Care* 18 (2), pp 142-152
- Kirk; Bonagura (1994). *Terapeutica Veterinaria de Pequeños Animales XI*; Ed. McGraw-Hill Interamericana de España (pp 76-82)
- Lacroix, C. A.; Noling, D. (2002). Advanced Directives and Do-Not-Resuscitate Orders. In Wingfield, W. E.; Raffe, M. R. *The Veterinary ICU Book*. (pp 1217-1225) Teton NewMedia
- LaPiere, R.T. (1934). Attitudes versus action. *Social Forces*. 13, pp 230-237
- Lewis-Beck, Michael S.; Bryman, Alan; Liao, Tim (2004). *The SAGE Encyclopedia of Social Science Research Methods*; Volume 1 (pp 40-41) London: SAGE Publications, Inc

- Lima, Luis Pedrosa (2000). Atitudes: Estrutura e mudança. In Vala, Jorge; Monteiro, Maria Benedicta. *Psicologia Social* (4ª ed). (pp 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140: 1-55
- Macintire, D. K.; Drobatz, K. J.; Haskins, S. C.; Saxon, W. D. (2005). *Manual of Small Animal Emergency and Critical Care Medicine*. Ed. Lippincott Williams & Wilkins;
- Mathews, Karol A. (2006). *Veterinary Emergency and Critical Care Manual*. (pp 132-144). Ontário: Editora Lifelaern Inc
- Ordem dos Médicos Veterinários. *Código deontológico Médico-Veterinário*; em <http://www.omv.pt/web/inner2.php?p=13> (acedido em 2005)
- Plunkett, S.J.; McMichael, M. (2008). Cardiopulmonary Resuscitation in Small Animal Medicine: An update. *Journal of Veterinary Internal Medicine*; 22: 9-25
- Plunkett, Signe J. (2001). *Emergency Procedures for the Small Animal Veterinarian* (2ª ed) (prefácio) W.B. Saunders
- Rollin, B E. (2002). Ethics in Veterinary Critical Care Medicine. In Wingfield, W. E.; Raffe, M. R. *The Veterinary ICU Book* (pp 1205-1216) Ed. Teton NewMedia
- Singer, Peter (1975). *Animal Liberation: A new ethics for our treatment of animals*. New York: Random House
- Wingfield, W. E.; Van Pelt, D. R. (1992). Respiratory and cardiopulmonary arrest in dogs and cats: 265 cases (1986-1991). *Journal of the American Veterinary Medical Association*, Vol 200, No. 12, June 15, pp 1993-1996
- Wingfield, W. E. (1997). *Veterinary Emergency Medicine Secrets*. Philadelphia: Ed. Hanley e Belfus Ins
- Wingfield, W. E.; Raffe, M. R. (2002). *The Veterinary ICU Book*. Ed. Teton NewMedia

Sítios da internet:

- http://pt.wikipedia.org/wiki/Coeficiente_de_correla%C3%A7%C3%A3o_de_Pearson (acedido em 2009)
- <http://www.fag.edu.br/professores/vabier/T%E9cnicas%20e%20An%E1lises%20Experimentais/CoeficienteSpearman.pdf> (acedido em 2009)
- http://www.cruzvermelha.pt/cvp_t/oquefazemos/formacao/des/Catalogo%20inscricoes%20p%20articulares.pdf (acedido em 2009)

Anexos

Anexo 1

Descrição das actividades de estágio **Casuística referente às actividades desenvolvidas durante o estágio**

Introdução

O presente relatório de estágio pretende descrever sucintamente as actividades desenvolvidas durante o estágio curricular integrado no mestrado em Medicina Veterinária. Este estágio desenrolou-se no contexto da clínica de animais de companhia, na Clínica Veterinária das Laranjeiras, localizada na cidade de Lisboa.

O estágio desenvolveu-se no período de 1 de Outubro de 2008 a 31 de Janeiro de 2009, tendo-se cumprido as 500 horas obrigatórias. A carga horária diária foi de cerca de 8 horas e o estagiário tinha igualmente a seu cargo o auxílio do veterinário de serviço quando haviam chamadas de urgência.

Descrição do local de estágio – Clínica Veterinária das Laranjeiras

Localização e descrição do espaço físico

A Clínica Veterinária das Laranjeiras está localizada na Rua Tomás de Aquino, 8C, em Lisboa, num centro urbano de densidade populacional considerável. A Clínica, enquanto espaço físico, é constituída por uma sala de espera, duas salas de consulta, uma área de tratamentos, duas áreas de internamento, uma sala de cirurgia/endoscopia (onde podem decorrer até duas intervenções em simultâneo), uma sala de RX, um gabinete de revelação de RX, um escritório/sala de reuniões, um laboratório, uma cozinha/espço de convívio do pessoal, uma zona de lavandaria, duas divisões para arrumação e duas casas-de-banho (uma para utilização do público e outra para utilização do pessoal).

Horário e valências da Clínica Veterinária das Laranjeiras

A Clínica oferece um horário de atendimento ao público das 10 horas até às 20 horas durante os dias da semana e das 10 horas às 13 horas aos Sábados. No restante horário, a clínica oferece disponibilidade em regime de urgências, o qual pode ser solicitado pelos clientes através de um número de telefone disponível durante 24 horas, todos os dias.

A equipa da Clínica Veterinária das Laranjeiras

A equipa da Clínica Veterinária das Laranjeiras é actualmente constituída pelo Dr. Luís Cruz (Director Clínico) e pelos Médicos Veterinários Dra. Cármen Rodrigues, Dr. Sérgio Loureiro, Dra. Márcia João, além do pessoal auxiliar e de limpeza (Sandra, Misol, Filipa, Catarina e Bela). A Clínica conta também com visitas regulares de outros Médicos Veterinários especialistas, nomeadamente a Dra. Carolina Monteiro (Ecografia), Dra. Miriam Vistas (Ecografia e Ecocardiografia), Dr. Guilherme Valadares (Ecocardiografia), Dra. Odete Almeida (Oftalmologia), Dr. Filipe Martinho (Clínica de Animais Exóticos), Dra. Paula Almeida (Comportamento animal) e Dra. Paula (Acupunctura).

Durante o período de estágio, a Clínica contou com o modesto apoio de 3 estagiários permanentes, além de estudantes/estagiários que estavam presentes algumas horas semanais.

Descrição das actividades desenvolvidas durante o estágio

As funções do estagiário dentro da clinica veterinário são variáveis ao longo do período de estágio, sendo o seu nível de envolvimento e participação gradualmente crescentes. Com efeito, numa fase inicial, o estagiário começa por se adaptar ao espaço físico em si e à orgânica da clínica. Com o avançar das semanas, o nível de autonomia vai aumentando, chegando mesmo a possibilidade de realizar tarefas com considerável grau de responsabilidade.

Para descrição das actividades desenvolvidas durante o estágio, vão ser consideradas cinco secções principais: 1) Clínica médica, 2) Patologia cirúrgica, 3) Meios complementares de diagnóstico, 4) Medicina Preventiva – Profilaxia vacinal e 5) Outras intervenções.

1. Clínica médica

Dentro da secção de Clínica Médica, incluem-se as áreas de Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Estomatologia e Odontologia, Gastroenterologia, Aparelho reprodutor, Nefrologia e Urologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Doenças infecciosas (incluindo micóticas) e parasitárias, Sistema linfático, Sistema musculo-esquelético e articular (inclui Traumatologia), Pneumologia e Oncologia; também são contabilizadas nesta secção as consultas de animais exóticos.

O estagiário participa nos casos clínicos de cada uma das áreas acima discriminadas ao presenciar as consultas com os veterinários da clínica, prestando auxílio sempre que

requisitado, ou pelo envolvimento nos casos dos animais internados, administrando as medicações conforme posologia prescrita.

2. Patologia cirúrgica

A secção de Patologia Cirúrgica engloba, para efeitos de casuística, as áreas de Cirurgia de tecidos moles, Ortopedia, Cirurgia torácica, Cirurgia odontológica (incluindo destartarização, exodontia e exploração cirúrgica da cavidade oral), Neurocirurgia, Oftalmologia e ainda outros procedimentos cirúrgicos como colocação de tubos de esofagostomia, drenos, catéteres subcutâneos); nesta secção será igualmente descrita a casuística referente a Acompanhamento pós-cirúrgico.

Quando presente na sala de cirurgia, o estagiário tem como função principal a preparação pré-cirúrgica do animal (tricotomia e desinfectação da zona cirúrgica), preparação da sala e monitorização da anestesia. Quanto à monitorização anestésica, o estagiário intervém na indução anestésica, manutenção da anestesia e monitorização dos sinais vitais durante a cirurgia, nomeadamente a ritmo cardíaco, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de O₂, capnografia e pressão arterial. Em procedimentos cirúrgicos mais complexos, e na presença de mais de um estagiário na sala, foi em algumas situações possível o estagiário participar na cirurgia, como cirurgião ajudante. No final da intervenção, o estagiário deve estar presente na recuperação anestésica do animal e providenciar o seu conforto no recobro.

Dentro da cirurgia de tecidos moles, é de salientar o elevado número de ovariohisterectomias (OVH) e de orquiectomias (castração) realizadas em cães e gatos e em particular a animais de rua ao abrigo de um protocolo com a associação “Animais de Rua”. Nestas intervenções, bastante comuns na prática actual nas clínicas de animais de companhia, a participação do estagiário foi desde cedo muito activa, realizando as castrações nos gatos e actuando como cirurgião ajudante nas OVH.

No que se refere à cirurgia odontológica, ao estagiário foi permitida a realização de muitas das destartarizações realizadas nos cães com problemas do foro da estomatologia e odontologia. O mesmo se poderá dizer quanto à realização de pequenas intervenções, como a sutura necessária à colocação de tubo de esofagostomia e de catéter subcutâneo.

3. Meios complementares de diagnóstico

Os meios complementares de diagnóstico mais frequentes, e consequentemente aqui relatados, são as análises sanguíneas (incluindo hemograma, bioquímicas e esfregaço

de sangue), biópsia/histopatologia, punção aspirativa por agulha fina (PAAF)/citologia, análise de urina, electrocardiografia e medição da pressão arterial. Também são contabilizados os exames endoscópicos (esofagogastroduodenoscopia, colonoscopia, rinoscopia, retronasofaringoscopia, sinuscopia e laringoscopia/broncoscopia) e imagiológicos (radiologia, ecografia abdominal, ecocardiografia e cistocentese ecoguiada), além das necrópsias.

No contexto dos meios complementares de diagnóstico laboratoriais, ao estagiário foi permitido fazer as colheitas de amostras sanguíneas para análise (feita na clínica ou num laboratório da especialidade) e/ou esfregaço de sangue, para observação microscópica na clínica; o acondicionamento das amostras de biópsia para enviar para o laboratório de histopatologia; algumas PAAF e preparação do material de citologia para observação ao microscópio na clínica; a análise de urina, por observação da densitometria, modificações colorimétricas nas tiras de urina comerciais, centrifugação e observação microscópica do sedimento.

Quanto à realização de electrocardiograma, estava totalmente a cargo do estagiário, assim como a sua interpretação (esclarecendo dúvidas com os veterinários presentes) e realização de relatório, assim como a medição de pressão arterial pelo método doppler (geralmente o utilizado fora da sala de cirurgia, enquanto que em regra recorreu-se ao método de oscilometria na monitorização anestésica).

Para a realização dos exames endoscópicos, dada a necessidade de anestesia, o papel do estagiário é o mesmo do descrito na patologia cirúrgica (preparação do animal e monitorização anestésica), acrescentando a eventual solicitação para auxiliar no manejo do material envolvido na intervenção.

Na área da imagiologia, a principal função do estagiário era a contenção dos animais enquanto decorria o exame e eventualmente a descrição da história do animal em causa, por solicitação do especialista.

Quanto às necrópsias, foram sempre realizadas pelos estagiários, que no entanto alertavam os veterinários presentes para eventuais achados relevantes.

4. Medicina preventiva – profilaxia vacinal

Nesta secção, é relatada a casuística relativa às consultas de vacinação nos animais de companhia, incluindo animais exóticos.

O papel do estagiário na vacinação consistia na preparação das vacinas e administração nos animais, quando solicitada pelo veterinário responsável.

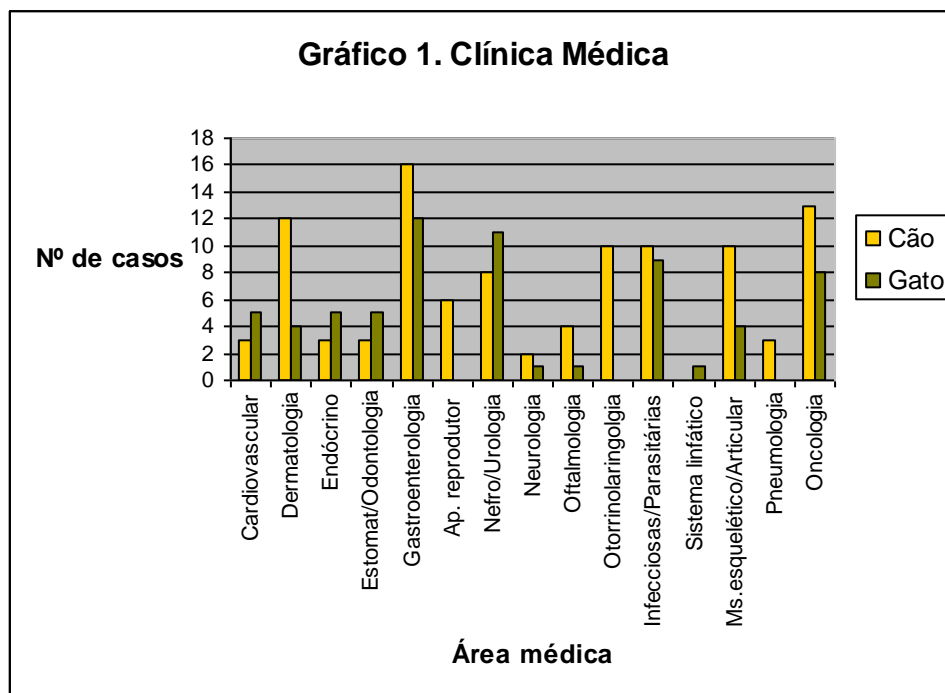
5. Outras intervenções

Esta secção inclui diversas intervenções terapêuticas não farmacológicas, nomeadamente toracocentese, abdominocentese, algaliação, enema, fluidoterapia subcutânea, dilatação esofágica, transfusão sanguínea e acupunctura. Nesta secção também se incluem as intervenções do foro da oncologia, mais concretamente as sessões de quimioterapia e a instilação de formaldeído 1% na cavidade nasal (no caso específicos dos tumores nasais).

O estagiário, neste tipo de intervenções, tinha uma postura geralmente de observação e de prestação de auxílio quando solicitado. Das situações acima descritas, o estagiário teria um papel mais activo na transfusão sanguínea (na realização de provas cruzadas de compatibilidade) e na contenção dos animais na administração de fluidoterapia subcutânea.

1. Clínica médica

O gráfico 1 representa globalmente todas as áreas médicas abordadas, distinguindo o número de casos observados em cães e em gatos.



Seguidamente, serão discriminadas cada uma das áreas médicas em tabelas, referindo o número de casos em cães e em gatos e ainda o tipo de situação clínica referente a cada um.

Área médica	Cão	Gato
Patologia do Sistema Cardiovascular	N=3	N=5

Tabela 1: Casuística em clínica médica, área de patologia do sistema cardiovascular

No cão, foram observados casos de hipertrofia concêntrica, endocardiose da mitral, tromboembolismo;

No gato, hipertrofia ventricular esquerda, dilatação do átrio esquerdo, derrame pericárdico, tromboembolismo.

Área médica	Cão	Gato
Dermatologia	N=12	N=5

Tabela 2: Casuística em clínica médica, área de dermatologia

No cão, observou-se dermatite húmida, dermatite seborreica, dermatite alérgica por pulga, calcinose cutis, alterações cutâneas secundárias a Leishmaniose, nódulos cutâneos e angioedema.

No gato, dermatite por lambedura, seborreia e um caso de necrose da pina por dermatite solar num gato de pelagem branca.

Área médica	Cão	Gato
Endocrinologia	N=3	N=5

Tabela 3: Casuística em clínica médica, área de endocrinologia

No cão, as patologias observadas foram Diabetes Mellitus e Hiperadrenocorticismo / Síndrome de Cushing.

No gato, Diabetes Mellitus e Hipertiroidismo.

Área médica	Cão	Gato
Estomatologia e Odontologia	N=3	N=5

Tabela 4: Casuística em clínica médica, área de estomatologia e odontologia

No cão, observaram-se problemas como tártaro e exposição radicular dos dentes.

No gato, foram observadas úlceras na mucosa oral, exposição radicular, tártaro e gengivite.

Área médica	Cão	Gato
Gastroenterologia	N=16	N=12

Tabela 5: Casuística em clínica médica, área de gastroenterologia

A gastroenterologia foi a área médica mais recorrente durante o período de estágio, tanto no cão como no gato, uma vez que a Clínica Veterinária das Laranjeiras é um local de referência nesta área, em particular na endoscopia.

Assim sendo, no cão foram observados quadros de gastroenterite, encefalopatia hepática, doença inflamatória do intestino (*Inflammatory bowel disease* – IBD), ingestão de corpo estranho, hepatopatia, vômito agudo e crónico, diarreia aguda e crónica, obstipação, indiscrição alimentar e esofagite com estenose esofágica.

No gato, os motivos de consulta foram essencialmente vômito e diarreia, agudos e crónicos.

Área médica	Cão	Gato
Patologia do aparelho reprodutor	N=6	N=0

Tabela 6: Casuística em clínica médica, área de patologia do aparelho reprodutor

Apenas no cão foram observadas patologias do aparelho reprodutor durante o período de estágio, nomeadamente incontinência pós-ovariohisterectomia, piómetra e endometrite.

Área médica	Cão	Gato
Nefrologia e Urologia	N=8	N=11

Tabela 7: Casuística em clínica médica, área de nefrologia e urologia

Esta constitui a segunda área médica mais observada no gato, tendo também de importância considerável no cão.

Em cães, foram detectadas insuficiência renal crónica, pielonefrite e cálculo vesical.

Em gatos, cistite idiopática felina, insuficiência renal crónica (a maioria dos casos), insuficiência renal aguda, urolitos, infecção do tracto urinário e hematúria.

Área médica	Cão	Gato
Neurologia	N=2	N=1

Tabela 8: Casuística em clínica médica, área de neurologia

Os casos observados no cão foram de hérnia discal e tumor dos bulbos olfativos como causa de convulsões.

No gato, o caso reportado refere-se a um gato idoso com déficits da propriocepção de origem não determinada.

Área médica	Cão	Gato
Oftalmologia	N=4	N=1

Tabela 9: Casuística em clínica médica, área de oftalmologia

No cão, observaram-se casos de uveíte, cataratas diabéticas e endoftalmite.

No gato, apenas um caso de conjuntivite.

Área médica	Cão	Gato
Otorrinolaringologia	N=10	N=0

Tabela 10: Casuística em clínica médica, área de otorrinolaringologia

Nesta área, apenas se observaram casos em cães, nomeadamente otites, presença de malassezia, além de sintomas que conduziram à realização de exames complementares, como epistaxis e estertor nasal.

Área médica	Cão	Gato
Infecçiology, Parasitologia e Micologia	N=10	N=9

Tabela 11: Casuística em clínica médica, área de infecçiology, parasitologia e micologia

Foram observados no cão casos de Leishmaniose, Hepatozonose, presença de *Dipylidium caninum* nas fezes, *Dirofilarirose* e um número considerável de casos de *Aspergilose* nasal.

No gato, ocorreram casos de Imunodeficiência felina (FIV), Leucemia felina (FeLV), Coriza, Panleucopénia, parasitoses por *Haemobartonella felis* e por *Otodectes*.

Área médica	Cão	Gato
Patologia do sistema linfático	N=0	N=1

Tabela 12: Casuística em clínica médica, área de patologia do sistema linfático

Apenas se observou um caso de Linfadenite piogranulomatosa num gato.

Área médica	Cão	Gato
Patologia do sistema musculoesquelético e articular / Traumatologia	N=10	N=4

Tabela 13: Casuística em clínica médica, área de patologia do sistema musculoesquelético e articular / traumatologia

No cão, observaram-se casos de fractura da tíbia fractura de rádio-ulna, fractura da mandíbula, rutura do ligamento cruzado anterior, necrose aséptica da cabeça do fémur, artrose e dor no membro pós-traumática.

No gato, fractura da mandíbula, fractura do fémur e osteomielite.

Área médica	Cão	Gato
Pneumologia	N=3	N=0

Tabela 14: Casuística em clínica médica, área de pneumologia

No cão, observaram-se situações de dispneia e de infecção respiratória.

No gato, observaram-se também quadros de dispneia, no entanto com outra causa atribuível que não do foro da pneumologia.

Área médica	Cão	Gato
Oncologia	N=13	N=8

Tabela 15: Casuística em clínica médica, área de oncologia

A oncologia foi a segunda área médica mais observada no cão durante o estágio, tendo também tido importância relevante no gato.

No cão, foram diagnosticados histiocitoma, mastocitoma, condrossarcoma nasal, carcinoma espinocelular da cavidade nasal, carcinoma inflamatório da mama, tumor mamário, tumor da cavidade nasal e massa torácica.

No gato, foram observadas massas mamárias (com ou sem metástases pulmonares), linfoma gástrico, linfoma nasal e fibrossarcoma.

Seguidamente, apresentam-se os casos observados em clínica de animais exóticos, representados na tabela 16:

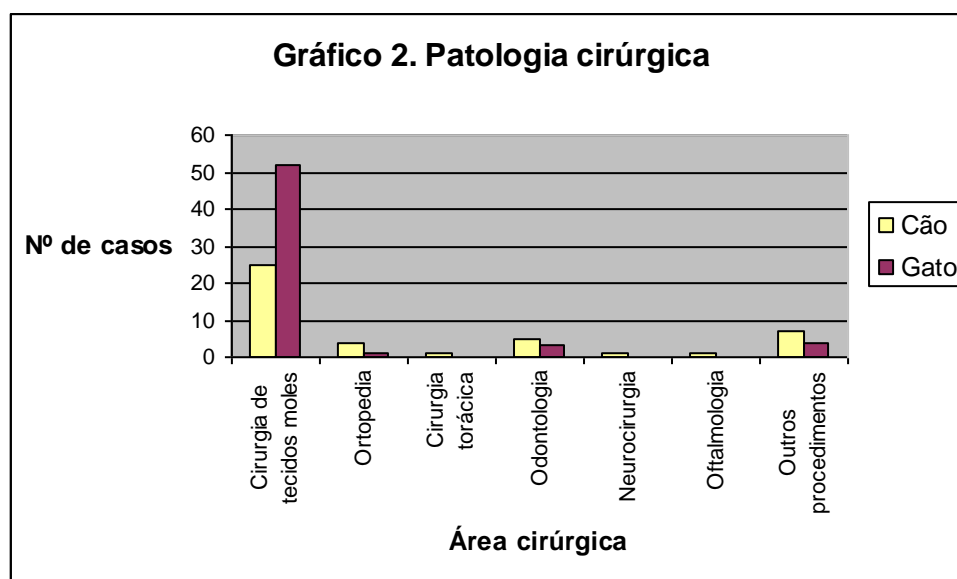
Consultas de animais exóticos	Tartaruga	Porquinho-da-Índia	Coelho	Esquilo
	N=1	N=1	N=1	N=1

Tabela 16: Casuística em clínica de animais exóticos

Na consulta da tartaruga, observou-se o plastrão ulcerado por hipovitaminose A; o porquinho-da-Índia veio à consulta por anorexia; o coelho veio fazer a vacinação; o esquilo veio por convulsões.

2. Patologia cirúrgica

O gráfico 2, representa esquematicamente a casuística referente às práticas cirúrgicas desenvolvidas durante o estágio, no cão e no gato.



Discriminação de cada área cirúrgica:

Área cirúrgica	Cão	Gato	
Cirurgia de tecidos moles	N=25	N=20	
		“Animais de Rua”	
		Castração ♂	OVH ♀
		N=14	N=18
		Total: N=52 gatos	

Tabela 17. Casuística em patologia cirúrgica, área de cirurgia de tecidos moles

A cirurgia de tecido moles constituiu destacadamente a área cirúrgica de maior intervenção.

No cão, inclui ovariohisterectomia (OVH; um procedimento comum na prática clínica actual em animais de companhia), orquiectomia (vulgarmente designado por castração), cirurgia a necrose da ponta da língua, excisão de massas e sutura de feridas.

No gato, inclui igualmente a ovariohisterectomia e a orquiectomia, mas também se presenciaram durante o estágio cirurgia de excisão de massas, excisão de linfoma gástrico, remoção de cálculos ureterais e correcção de hérnias inguinais e abdominais. Note-se que na tabela 17, fez-se especial destaque para a castração e ovariohisterectomia em animais pertencentes à comunidade dos “Animais de Rua”, uma vez representarem uma parcela importante da actividade da Clínica, na área cirúrgica.

Área cirúrgica	Cão	Gato
Ortopedia	N=4	N=1

Tabela 18. Casuística em patologia cirúrgica, área de cirurgia ortopédica

No cão, durante o período de estágio foi realizada cirurgia por rotura do ligamento cruzado anterior, fractura da tíbia e ainda remoção de placa e parafusos.

No gato, apenas se reporta um caso de cirurgia ortopédica por fractura do fémur, com colocação de cavilhas e parafusos.

Área cirúrgica	Cão	Gato
Cirurgia torácica	N=1	N=0

Tabela 19. Casuística em patologia cirúrgica, área de cirurgia torácica

Apenas se assistiu a uma cirurgia torácica durante o estágio, a um cão com derrame pericárdico.

Área cirúrgica	Cão	Gato
Odontologia	N=5	N=3

Tabela 20. Casuística em patologia cirúrgica, área de cirurgia odontológica

Esta casuística refere-se a tratamentos de destarização, exploração cirúrgica da boca e exodontia (remoção dos dentes com exposição da furca), no cão e no gato.

Área cirúrgica	Cão	Gato
Neurocirurgia	N=1	N=0

Tabela 21. Casuística em patologia cirúrgica, área de neurocirurgia

Na área de neurocirurgia, apenas se assistiu a uma intervenção a um cão com hérnia discal a nível cervical.

Área cirúrgica	Cão	Gato
Oftalmologia	N=1	N=0

Tabela 22. Casuística em patologia cirúrgica, área de cirurgia oftalmológica

Em oftalmologia, reporta-se apenas uma cirurgia de enucleação do globo ocular realizada num cão.

Área cirúrgica	Cão	Gato
Outros procedimentos cirúrgicos	N=7	N=4

Tabela 23. Casuística em patologia cirúrgica, secção de “outros procedimentos cirúrgicos”

Esta secção inclui procedimentos como colocação de tubos de esofagostomia (incluindo a colocação de um tubo de alimentação no duodeno num cão), colocação de drenos e colocação de catéteres subcutâneos, tanto em cães como em gatos.

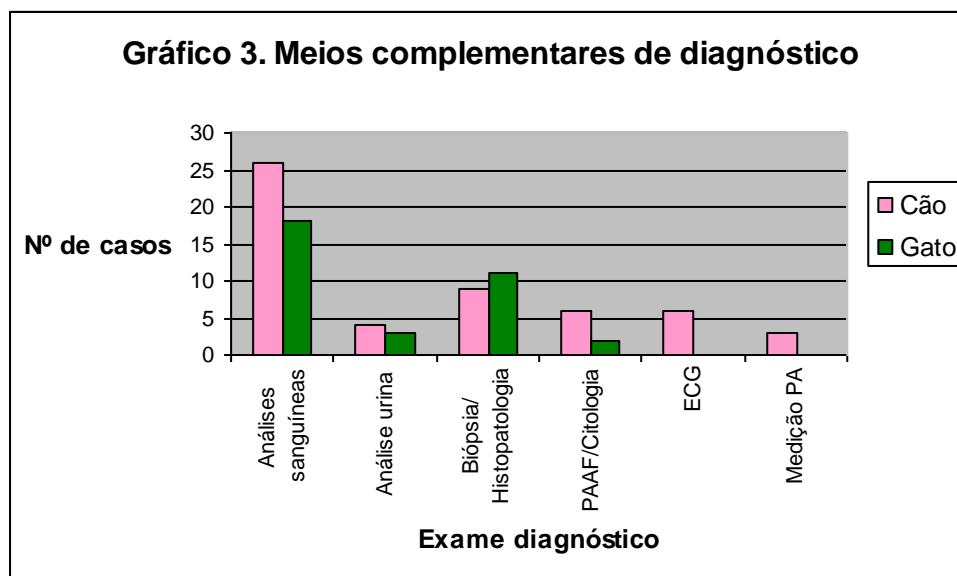
Outros aspecto ligado às práticas cirúrgicas, é o acompanhamento posterior às intervenções, que inclui mudar o penso, verificar a sutura e retirar pontos. A casuística referente a estas condutas encontra-se na tabela 24.

Área cirúrgica	Cão	Gato
Acompanhamento pós-cirúrgico	N=14	N=4

Tabela 24. Casuística em patologia cirúrgica, referente ao acompanhamento pós-cirúrgico

3. Meios complementares de diagnóstico

O gráfico 3 representa a distribuição da realização de diversos exames de diagnóstico, complementado pela informação detalhada apresentada na tabela 25.

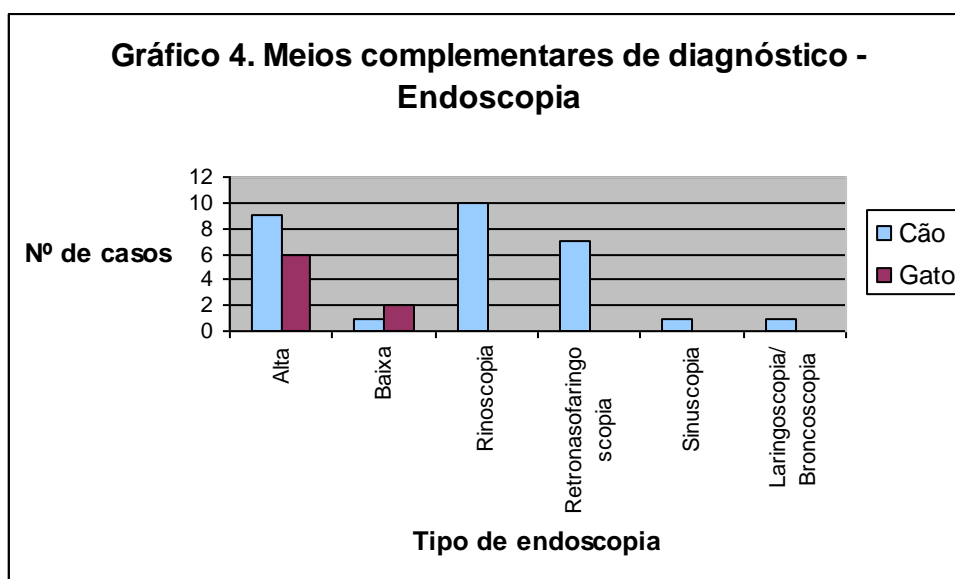


	Cão	Gato
Análise sanguíneas (inclui hemograma, bioquímicas e esfregaço de sangue) ¹	N=26	N=18
Análise de urina	N=4	N=3
Biópsia / Histopatologia	N=9	N=11
Punção aspirativa por agulha fina / Citologia	N=6	N=2
Electrocardiograma	N=6	N=0
Medição da pressão arterial (fora do contexto cirúrgico)	N=3	N=0

¹ Esta casuística está subvalorizada, tendo sido realizados mais exames desta categoria, mas que não foram devidamente registados

Tabela 25. Casuística dos meios complementares de diagnóstico

O gráfico 4 esquematiza a distribuição de realização em particular de endoscopias durante o período de estágio, técnica essencial tanto no diagnóstico de diversas patologias como na terapêutica, e de utilização recorrente na Clínica Veterinária das Laranjeiras.

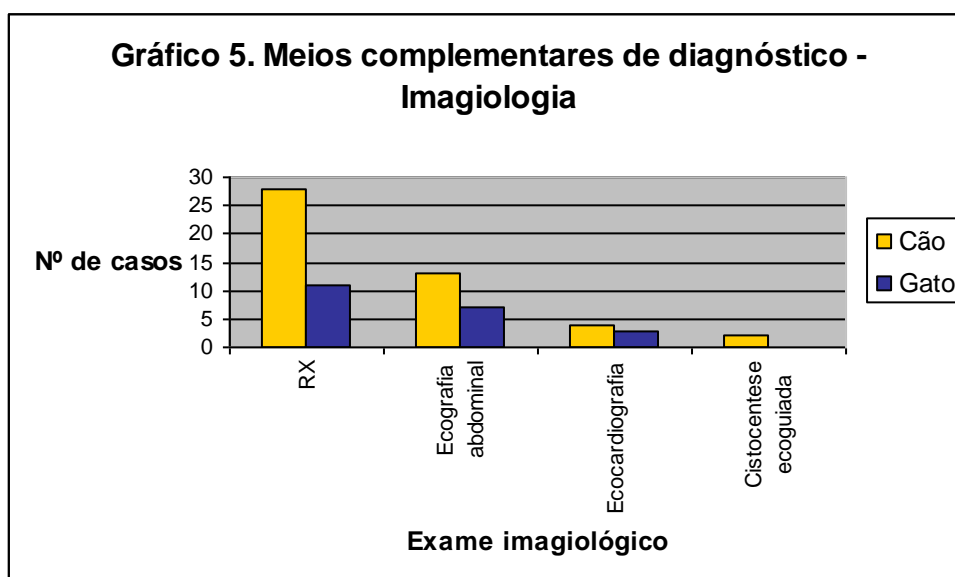


Na tabela 26, são discriminados os números referentes a cada um dos tipos de endoscopia no cão e no gato.

	Cão	Gato
Alta (Esofagogastroduodenoscopia)	N=9	N=6
Baixa (Colonoscopia)	N=1	N=2
Rinoscopia	N=10	N=0
Retronasofaringoscopia	N=7	N=0
Sinuscopia	N=1	N=0
Laringoscopia/ Broncoscopia	N=1	N=0

Tabela 26. Casuística dos meios complementares de diagnóstico – Tipos de endoscopia

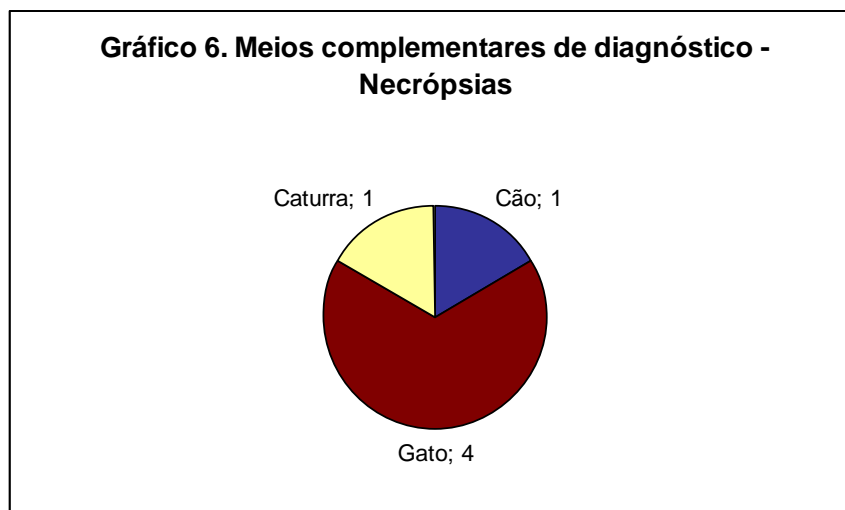
O gráfico 5 refere-se aos meios complementares de diagnóstico imagiológicos por radiologia e ultrasonografia, sendo complementado com a tabela 27 para percisar os numeros relativos ao cão e ao gato.



	Cão	Gato
RX (Radiologia)	N=28	N=11
Ecografia abdominal	N=13	N=7
Ecocardiografia	N=4	N=3
Cistocentese ecoguiada	N=2	N=0

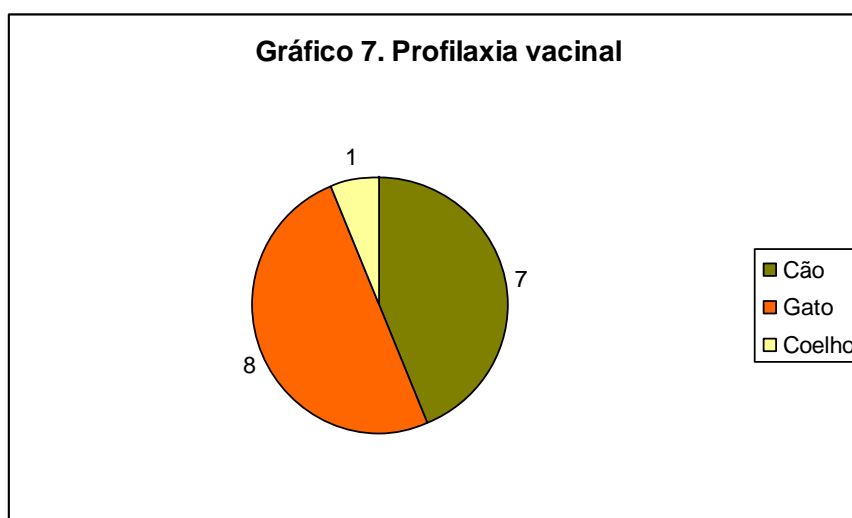
Tabela 27. Casuística dos meios completos de diagnóstico - Imagiologia

Por último, na secção dos meios complementares de diagnóstico, as necrópsias estão ilustradas no gráfico 6, contemplando o número de exames realizados no cão, gato e também numa caturra.



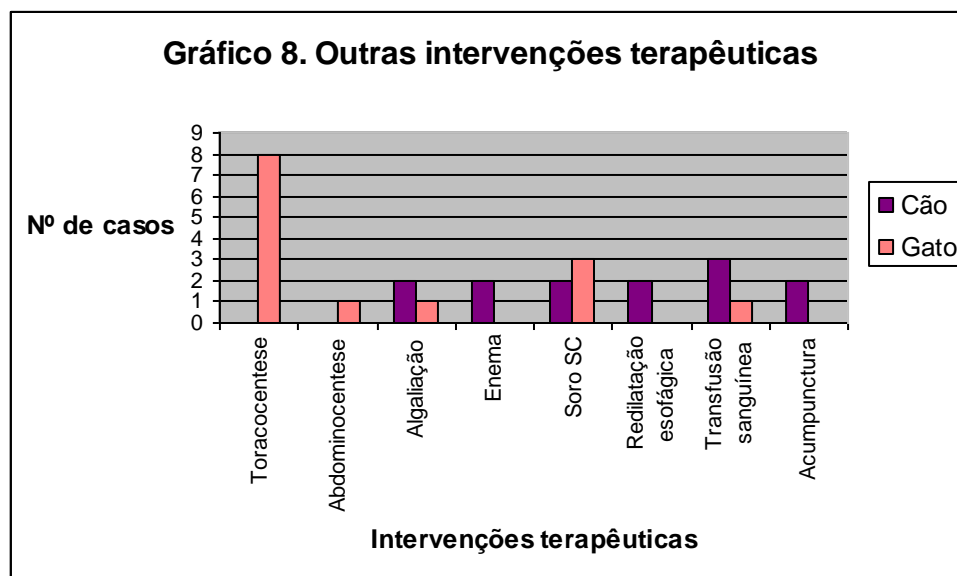
4. Medicina Preventiva – Profilaxia vacinal

A vacinação dos animais é uma prática muito frequente nas clínicas veterinárias, inclusivamente na Clínica Veterinária das Laranjeiras, contudo durante o estágio foram poucas as consultas assistidas com este intuito. No gráfico 7 representa-se o número de consultas para vacinação assistidas, no cão, no gato e também num coelho.



5. Outras intervenções

Nesta secção, contabilizam-se diversas intervenções terapêuticas que não são médicas / farmacológicas nem cirúrgicas, ilustradas no gráfico 8 e discriminadas na tabela 28.



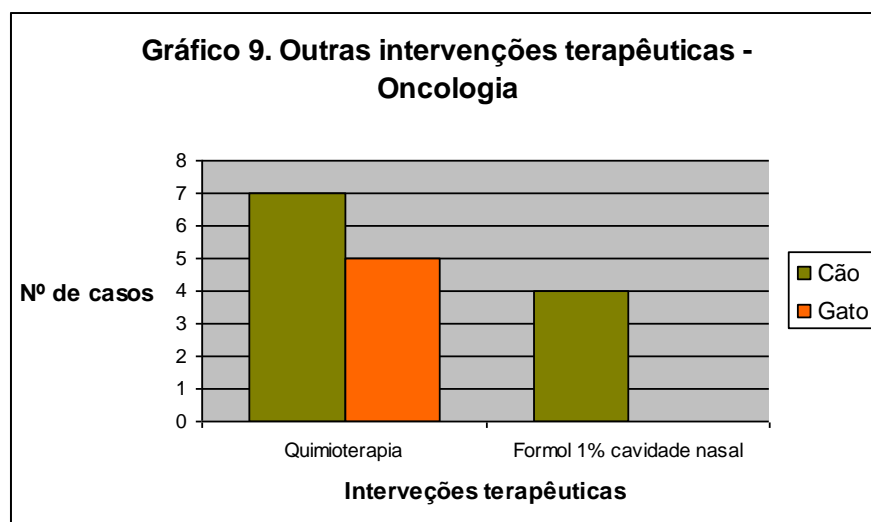
	Cão	Gato
Toracocentese ¹	N=0	N=8
Abdominocentese ¹	N=0	N=1
Algaliação	N=2	N=1
Enema	N=2	N=1
Soro sub-cutâneo	N=2	N=3
Redilatação esofágica ²	N=2	N=0
Transfusão sanguínea	N=3	N=1
Acupuntura	N=2	N=0

¹ Em gatos com tumores torácicos, FIV/FelV positivos ou insuficiência renal crónica

² Num cão com estenose esofágica

Tabela 28. Casuística de outras intervenções terapêuticas

Nesta secção, contudo, está também descrita a casuística referente a intervenções terapêuticas do foro da Oncologia, no gráfico 9 e na tabela 29.



	Cão	Gato
Quimioterapia	N=7	N=5
Instilação de formaldeído 1% na cavidade nasal ¹	N=4	N=0

¹ Em dois cães com tumores na cavidade nasal

Tabela 29. Casuística de outras intervenções terapêuticas - Oncologia

<p style="text-align: center;">Anexo 2 Casos clínicos de ressuscitação cardiopulmonar-cerebral Clínica Veterinária das Laranjeiras</p>

Caso “TEDDY”

Gato, sexo masculino, 6 anos

29 Outubro 2008

Foi visto anteriormente noutra(s) clínica(s). Sofreu um acidente há 1 mês – trauma medular. Tem mau feitio. Ficou com cauda paralizada. Reteve fezes mas parece estar melhor. Desde há 6 dias – vômito e hematúria.

31 Outubro 2008

Chegou à clínica com uma algália partida dentro da bexiga; não se avançou para a cirurgia para remoção da algália porque receio dos donos da anestesia.

1 Novembro 2008

Chegou à clínica de urgência; entrou em paragem cardiorespiratória; fez-se reanimação (entubação com ventilação assistida com O₂ + massagem cardíaca externa + adrenalina) e recuperou ritmo cardíaco sinusal e ventilação espontânea por alguns minutos; voltou a parar e voltou-se a reanimar, que durou mais alguns minutos; à 3ª paragem os donos, que estavam presentes na sala, afirmaram que já não valia a pena tentar nova reanimação.

Caso “PUPPY”

Cão, sexo masculino, 15 anos, raça indeterminada

2 Novembro 2008

Entrou de urgência muito prostrado; com diagnóstico feito noutra clínica de tumor hepático e tumor numa pata; nesta outra clínica só tinha feito análises sanguíneas na altura em que lhe foi diagnosticado este tumor hepático e nunca mais repetiu;

Estava muito desidratado, hipotérmico, anémico (Microhematócrito: 16%); BUN e CREA aumentados; entrou em choque e paragem cardiopulmonar por volta das 21h e fez-se reanimação (entubação com ventilação assistida com O₂ + massagem cardíaca externa + adrenalina; com os donos presentes na sala), da qual recuperou, mas permaneceu com o olhar fixo e espasmos, apesar de manter reflexos ocular e do esfíncter anal; às 4h da madrugada (cerca de 6 horas depois) voltou a parar e fez-se nova reanimação; desta vez recuperou o ritmo cardíaco mas teve de se manter ventilação assistida; por volta das 5h da madrugada entrou em assistolia e não se reanimou.

Caso “RON RON”

Gato, sexo masculino, 3 anos, raça Chartreux, cor cinza; Peso: 1,750Kg

28 Novembro 2008

Gato vacinado e desparasitado. Desde ontem está muito parado. Tem febre (39,2°C). Sem contacto com outros gatos. Inaptência desde ontem. Desidratação de 6-8%. Parece ictérico. Internamento.

Bilirrubina total: 5,1 mg/dL, muito aumentada (N: 0,1-0,6); sem alterações nos enzimas hepáticos (logo está a haver hemólise intravascular); leucocitose por neutrofilia; Ht 18% (diminuído); trombocitopénia

29 Novembro 2008

De manhã fez soro SC, que pode ter sido em excesso, mas estava bem; pela tarde começou a piorar o estado geral, ficando mais prostrado e a vocalizar; por volta das 20h teve paragem cardiorespiratória e foi reanimado (entubação com ventilação assistida com O₂ + massagem cardíaca externa + adrenalina) e recuperou o ritmo, mas foi necessário manter a ventilação assistida; passado cerca de 30 minutos voltou a parar e tentou-se nova reanimação (adicionando ainda carbonato de cálcio), mas sem sucesso.

Caso “RUSSOS”

Cão, sexo masculino, 15 anos, raça cocker spaniel dourado

20 Outubro 2008

Diagnóstico anterior de IBD e otite com perfuração do tímpano; com medicação cardíaca; veio à consulta por vômito e diarreia; suspeitou-se de síndrome vestibular; fez ECG porque veio de outro Veterinário que disse que tinha taquicardia; tinha então uma arritmia sinusal provavelmente respiratória.

22 Outubro 2008

Colocação de tubo de esofagostomia para alimentação semi-líquida.

31 Outubro 2008

Ecografia abdominal.

2 Novembro 2008

Perda de peso; continua com vômito e diarreia; fez Cerenia®

3 Novembro 2008

Ecografia abdominal

6 Novembro 2008

Está desidratado - fez fluidoterapia; veio fazer análises (Hg, BQ) e Esofagogastroscoopia + biópsia do estômago; foi-lhe colocado tubo de alimentação no duodeno; foram administrados sais biliares via EV

10 e 11 Novembro 2008

Internamento do Russos; alimentação directa no jejuno (5 mL/h); transfusão de sangue

20 Novembro 2008

Nova perda de peso; Ecografia abdominal

24 Novembro 2008

Internamento diurno para fluidoterapia.

27 Novembro 2008

Nova transfusão de sangue, está com Ht 15%, além de taquicardia e taquipneia

28 Novembro 2008

Veio fazer mais 250 mL de transfusão sanguínea; hoje já tinha o Ht 25%

2 Dezembro 2008

Entrou no dia anterior em urgência, com taquicardia (160 bpm), taquipneia, TRC normal, pressão sistólica 78 mmHg, e passou a noite sob vigília; por volta das 12:30 parou de respirar e ficou a com as mucosas imediatamente brancas/cinza; iniciou-se massagem cardíaca externa e entubação com ventilação assistida com O₂, enquanto se estabelecia contacto telefónico com o dono; não se administrou adrenalina; os esforços de reanimação não tiveram sucesso algum.

Caso “BONECA”

Gata, sexo feminino, 11 anos, raça Europeu Comum

2 Dezembro 2008

Veio por vômito diário desde há 15 dias; fez-se endoscopia digestiva

Análises sanguíneas: Hg (anemia muito ligeira, mas Ht ainda superior a 20%) e BQ com ALT elevada

À noite estava prostrada, com dificuldades respiratórias e extrasístoles no ECG; entrou em paragem cardiopulmonar por volta das 3h da madrugada e fez-se reanimação (entubação com ventilação assistida com O₂ + massagem cardíaca externa + adrenalina); recuperou o ritmo cardíaco mas manteve-se a ventilação assistida; cerca de 1 hora depois voltou a parar e já não se voltou a reanimar.

Anexo 3

Inquérito instrumento de recolha de dados

Atitudes e opiniões dos veterinários perante a ressuscitação cardiopulmonar-cerebral (RCPC) e discussão da ressuscitação com os donos dos animais

Este inquérito é um instrumento de fornecimento de dados para a tese de mestrado com o mesmo tema pela Faculdade de Medicina Veterinária da Universidade Técnica de Lisboa.

É um questionário anónimo, com uma duração estimada de 10 minutos.

Note que não é um teste, não há respostas certas e erradas e que se garante a confidencialidade do seu contributo.

Muito obrigado pela colaboração!

Para qualquer esclarecimento: filipadbaptista@gmail.com

Ano de final do curso de Medicina Veterinária: _____

Faculdade / Universidade de formação: _____

Género: M ☐ F ☐

Idade: _____ anos

Estado civil: Solteiro ☐ Solteiro c/ filhos ☐ Casado ☐ Casado c/ filhos ☐ Divorciado ☐ Viuvo ☐

Aproximadamente, quantos casos de paragem cardiopulmonar **liderou**: _____

Nestes casos, qual a taxa estimada de retorno de circulação espontânea/pulso periférico (em percentagem)? _____%

Aproximadamente, em quantos casos de paragem cardiopulmonar **interviu/auxiliou**: _____

Nestes casos, qual a taxa estimada de retorno de circulação espontânea/pulso periférico (em percentagem)? _____%

Após o retorno de circulação espontânea/pulso periférico, qual o tempo estimado de estabilidade cardiovascular, até ao desfecho do episódio (sucesso ou fracasso)?

<1 hora ☐ 1 a 2 horas ☐ 2 a 4 horas ☐ 4 a 6 horas ☐ 6 a 24 horas ☐ >24 horas ☐

Qual a taxa de alta clínica após a ressuscitação (em percentagem)? _____%

Sente-se adequadamente preparado/treinado para liderar uma RCPC?	Sim	Não
Sente-se adequadamente preparado/treinado para intervir/auxiliar numa RCPC?	Sim	Não
Na sua instituição existe um documento formal para os donos referindo-se à Decisão de Não Reanimação (DNR) ?	Sim	Não Não sei
Na sua instituição, existe alguma possibilidade do dono formalizar de forma escrita o seu desejo de Não Reanimação?	Sim	Não Não sei
Em que momento geralmente levanta a hipótese aos donos da Não Reanimação, de forma verbal ou eventualmente escrita (apenas uma resposta) ?	<input type="checkbox"/> Na admissão do animal <input type="checkbox"/> Apenas se se espera uma paragem CP <input type="checkbox"/> Após complicações <input type="checkbox"/> Durante o curso da doença <input type="checkbox"/> Outro _____	
Quem deve participar na Decisão de Não-Reanimação (uma ou várias respostas)?	<input type="checkbox"/> Dono <input type="checkbox"/> Conjuge <input type="checkbox"/> Filhos do(s) dono(s) <input type="checkbox"/> Veterinário que segue o caso <input type="checkbox"/> Veterinário director clínico <input type="checkbox"/> Estagiário de veterinária / Estudante de veterinária <input type="checkbox"/> Auxiliar de veterinária	

Escolher a melhor opção (**uma só resposta**); por favor, responda a **todas** as questões:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Na minha opinião, os donos querem discutir RCPC e DNR	1	2	3	4	5
2. Sinto-me confortável para discutir RCPC e DNR com os donos	1	2	3	4	5
3. Sinto-me stressado quando discuto DNR com os donos e/ou família	1	2	3	4	5
4. O facto de ter de lidar com as emoções dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR	1	2	3	4	5
5. O facto de ter de lidar com o medo e ansiedade dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR	1	2	3	4	5
6. O facto de ter de lidar com a tristeza e dor dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR	1	2	3	4	5

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7. O facto de ter de lidar com a hostilidade e raiva dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR	1	2	3	4	5
8. Os veterinários devem fazer recomendações e dar conselhos quando discutem DNR com os donos	1	2	3	4	5
9. Quando os donos e veterinário não estão de acordo, o veterinário deve tomar a Decisão de Não Reanimação	1	2	3	4	5
10. Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC	1	2	3	4	5
11. As situações de RCPC são bem coordenadas na minha instituição	1	2	3	4	5
12. Os estudantes de veterinária/estagiários da minha instituição são bem treinados para realizar RCPC	1	2	3	4	5
13. Os veterinários da minha instituição estão bem treinados para realizar RCPC	1	2	3	4	5
14. Eu permitiria que os donos estivessem presentes durante a RCPC dos seus animais	1	2	3	4	5
15. Na minha opinião, os donos querem estar presentes durante a RCPC dos seus animais	1	2	3	4	5
16. Eu preocupo-me com o(s) dono(s) quando estou a realizar RCPC no seu animal	1	2	3	4	5
17. Eu preocupo-me com o animal a quem estou a realizar RCPC	1	2	3	4	5
18. Sinto-me stressado quando realizo RCPC	1	2	3	4	5
19. Uma RCPC falhada tem impacto negativo nas minhas emoções/expectativas	1	2	3	4	5
20. Uma RCPC com sucesso tem um impacto positivo nas minhas emoções/expectativas	1	2	3	4	5
21. Na minha opinião, a RCPC é inútil em animais moribundos ou com doença crónica grave	1	2	3	4	5
22. Sinto necessidade de discutir uma RCPC falhada com alguém	1	2	3	4	5
23. Após uma RCPC falhada, deve ocorrer uma discussão de grupo sobre o caso	1	2	3	4	5
24. Deve ocorrer uma discussão de grupo sobre qualquer RCPC, seja falhada ou com sucesso	1	2	3	4	5
25. Considero a possibilidade de problemas legais quando decido iniciar RCPC	1	2	3	4	5
26. Na minha opinião, os donos devem ter a possibilidade de formalizar a DNR	1	2	3	4	5
Para as questões seguintes, assuma que não existe informação sobre o eventual desejo de DNR do(s) dono(s)					
27. Penso que as tentativas de RCPC podem ser clinicamente inapropriadas	1	2	3	4	5
28. Penso que as tentativas de RCPC podem ser eticamente inapropriadas	1	2	3	4	5
29. Faria RCPC num animal com um bom prognóstico a curto e longo prazo mas com pouca qualidade de vida	1	2	3	4	5
30. Faria RCPC num animal com bom prognóstico a curto prazo e boa qualidade de vida mas com mau prognóstico a longo prazo	1	2	3	4	5
31. Faria RCPC num animal com mau prognóstico a curto e longo prazo mas com boa qualidade de vida	1	2	3	4	5
32. Faria RCPC num animal com bom prognóstico a curto e a longo prazo e com boa qualidade de vida	1	2	3	4	5
33. Faria RCPC num animal com mau prognóstico a curto e longo prazo e má qualidade de vida	1	2	3	4	5
34. Faria RCPC em qualquer animal com paragem CP se não soubesse os desejos de DNR do dono	1	2	3	4	5

Como determina quando parar os esforços de RCPC? _____

Comentários adicionais: _____

MUITO OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO!!!

<p style="text-align: center;">Anexo 4 Exemplo de formulário de DNR</p>

Tradução do original “Sample Do-Not-Resuscitate Order”,
em Lacroix, C. A.; Noling, D.: Advanced Directives and Do-Not-Resuscitate Orders, em
Wingfield, W. E.; Raffe, M. R.; *The Veterinary ICU Book*; Ed. Teton NewMedia; 2002; p
1222

DECISÃO DE NÃO REANIMAÇÃO

Nome do animal: _____

Espécie: _____ Sexo: _____

Data efectiva: _____

- Eu, proprietário ou representante legal do animal acima identificado, certifico que a minha idade é igual ou superior a 18 anos e que fui informado da natureza crítica da situação clínica do meu animal.
- Venho por este meio requerer que, caso o meu animal tenha uma paragem cardiorespiratória, **NINGUÉM DEVE TENTAR RESSUSCITAR O MEU ANIMAL**.
- Esta decisão é consequência da discussão da situação clínica do meu animal e das consequências desta **DECISÃO DE NÃO REANIMAÇÃO** com (*Nome do Veterinário*).
- Esta decisão é efectiva a partir da data estabelecida acima até que seja revogada por mim.

Estando em plenas capacidades mentais, eu tomo esta decisão voluntariamente e compreendo-a na sua totalidade.

(Assinatura do proprietário ou representante) _____
(Impressão do nome do proprietário ou representante)

(Data _____)

(Assinatura do veterinário) _____
(Impressão do nome do veterinário)

(Data _____)

(Assinatura de testemunha de autorização telefónica) _____
(Impressão do nome de testemunha de autorização telefónica)

(Data _____)

<p style="text-align: center;">Anexo 5 Guidelines para a política da instituição veterinária em relação à Decisão de Não Reanimação</p>
--

Tradução e adaptação do original “ Policy Guidelines”,
em Lacroix, C. A.; Noling, D.: Advanced Directives and Do-Not-Resuscitate Orders, em
Wingfield, W. E.; Raffe, M. R.; *The Veterinary ICU Book*; Ed. Teton NewMedia; 2002; p
1223

**POLÍTICA DE (Nome da Instituição) EM RELAÇÃO A
DECISÃO DE NÃO REANIMAÇÃO**

(Nome da Instituição) adoptou a seguinte política no que se refere a Decisão de Não Reanimação (DNR), para assegurar que as decisões médicas tomadas em relação aos animais estejam de acordo com os desejos dos seus donos e que sejam comunicadas ao pessoal da instituição. A DNR deve ser aplicada apenas quando os donos estão totalmente informados e esclarecidos quanto à situação clínica dos seus animais e às consequências da DNR. A DNR deve reflectir um compromisso de defesa dos melhores interesses e necessidades dos animais e deve ser tomada após consideração cuidadosa pelos donos e veterinários envolvidos. As presentes *guidelines* têm como objectivo orientar a tomada de decisões de donos e veterinários quanto à aplicação de procedimentos capazes de prolongar a vida do animal.

Definição:

Uma Decisão de Não Reanimação é levantada pelo veterinário e requer o consentimento e assinatura do dono. Determina uma ordem que notifica todo o pessoal envolvido no caso para não tentarem ressuscitação cardiopulmonar-cerebral se o animal sofre uma paragem cardiorespiratória.

Procedimento:

- Aos donos dos animais admitidos para cuidados críticos, doentes terminais ou com elevada probabilidade de virem a necessitar de uma DNR, será questionado o tipo e extensão de tratamentos que devem ser aplicados ao animal.
- O resultado desta discussão deve ficar inscrito na ficha clínica do animal.
- Se o dono desejar assinar uma DNR, o(s) veterinário(s) ou pessoal auxiliar deve explicar ao dono ou representante legal que tratamentos serão contidos e o fundamento racional da DNR. Se uma DNR é assinada, o dono ou representante legal deve ser informado que mesmo não realizando certos tratamentos, outros serão administrados para garantir o conforto do animal e alívio da dor.
- Se um animal sofre uma paragem cardiorespiratória, a ressuscitação cardiopulmonar será iniciada, excepto se uma DNR assinada pelo dono e veterinário constar na ficha clínica do animal. Ao dono serão cobrados os serviços de ressuscitação de acordo com o preço da instituição.

- Se o veterinário ou equipa não estiverem de acordo com a directiva do dono, devem ser transferidos os cuidados do animal a outro veterinário ou equipa que garanta o cumprimento dos desejos do dono.

Considerações relativas ao dono:

- O dono deve determinar, tanto quanto possível, o tipo e extensão dos tratamentos que devem ser aplicados no seu animal; sendo difícil especificar os detalhes médicos, o dono deve afirmar os objectivos gerais do tratamento a instituir.
 - O dono pode querer perceber as suas atitudes perante a morte possível do seu animal e em que circunstâncias consentiria uma DNR. Algumas questões que o dono pode considerar são:
 1. Poderá fornecer cuidados continuados ao seu animal se este for incontinente, parcial ou totalmente paralizado, se necessitar de múltipla medicação diária ou se apresentar uma condição que altera o seu comportamento?
 2. Quão activo e saudável é actualmente o seu animal? Que idade tem o seu animal? O seu animal viveu a maior parte da sua vida adulta? Será que a idade e nível de actividade do animal são factores a considerar na sua tomada de decisão?
 3. As questões religiosas ou financeiras participam na sua tomada de decisões relativas aos cuidados de saúde do seu animal?
 4. Qual o papel de outros membros da família ou do seu veterinário nas suas decisões?
 5. Como é que a qualidade de vida do seu animal afecta a sua decisão? Quais são as suas expectativas? Algumas pessoas consideram cegueira ou um membro amputado como deficiências inaceitáveis dos seus animais. Quando consideraria eutanásia ou DNR?
-

Anexo 6
Tabelas de frequências e gráficos de percentagens descritivos dos resultados do estudo

A. Caracterização da população

1. Características demográficas

Frequencies

Statistics

		Faculdade	Idade	EstadoCivil
N	Valid	34	32	34
	Missing	0	2	0

Frequency Table

Faculdade / Universidade de formação

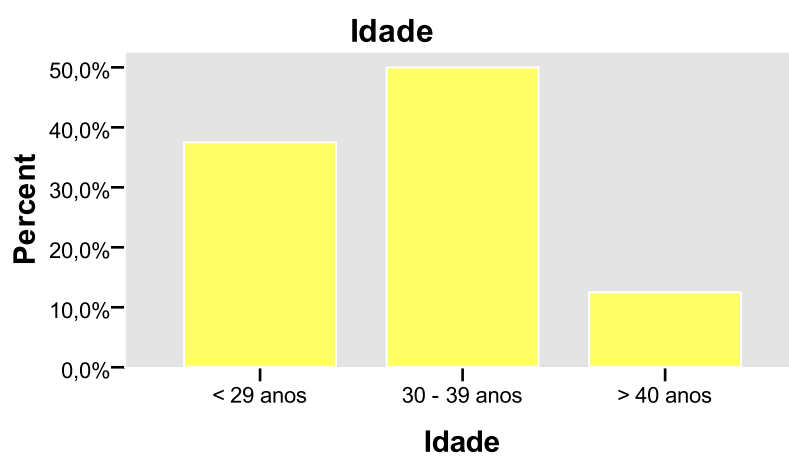
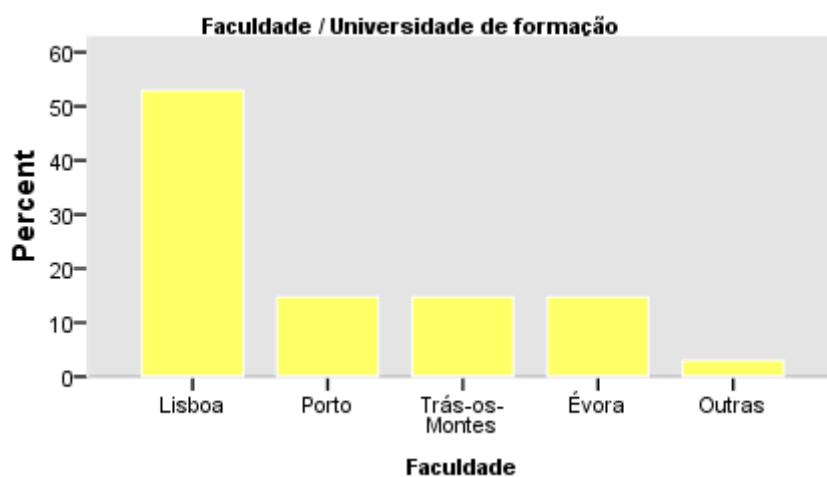
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lisboa	18	52,9	52,9	52,9
	Porto	5	14,7	14,7	67,6
	Trás-os-Montes	5	14,7	14,7	82,4
	Évora	5	14,7	14,7	97,1
	Outras	1	2,9	2,9	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

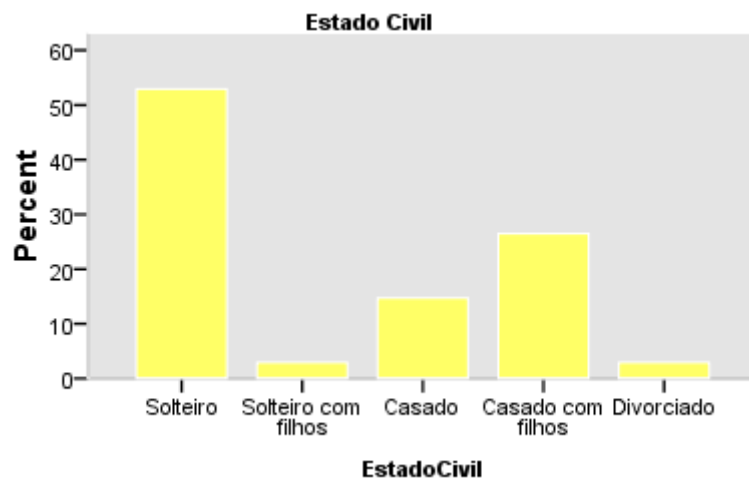
Idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 29 anos	12	35,3	37,5	37,5
	30 - 39 anos	16	47,1	50,0	87,5
	> 40 anos	4	11,8	12,5	100,0
	Total	32	94,1	100,0	
Missing	System	2	5,9		
	Total	34	100,0		

Estado Civil					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	18	52,9	52,9	52,9
	Solteiro com filhos	1	2,9	2,9	55,9
	Casado	5	14,7	14,7	70,6
	Casado com filhos	9	26,5	26,5	97,1
	Divorciado	1	2,9	2,9	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Bar Chart





Frequencies

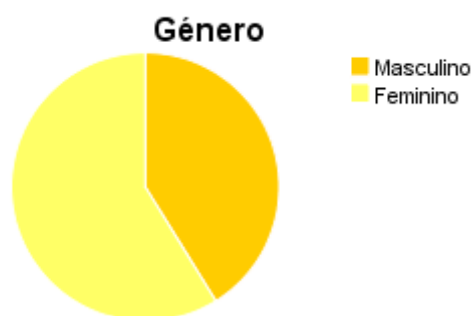
Statistics

Género

N	Valid	34
	Missing	0

Género

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	14	41,2	41,2	41,2
	Feminino	20	58,8	58,8	100,0
	Total	34	100,0	100,0	



2. Experiência profissional

Frequencies

Statistics				
		Experiência	Liderados	Intervidos
N	Valid	33	30	29
	Missing	1	4	5

Frequency Table

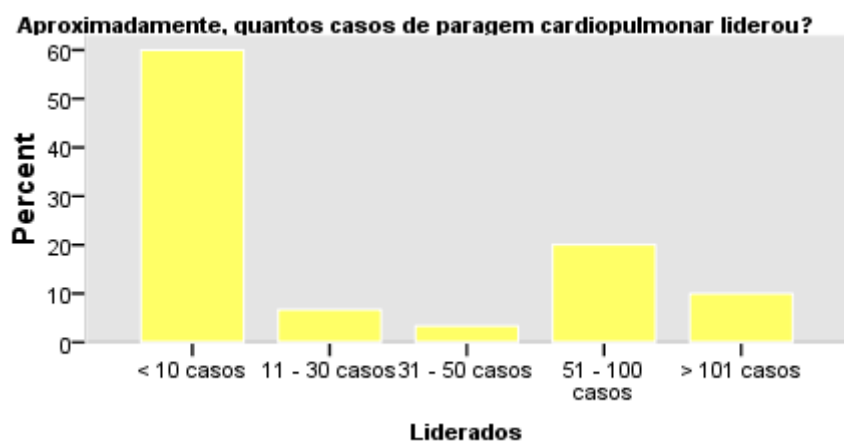
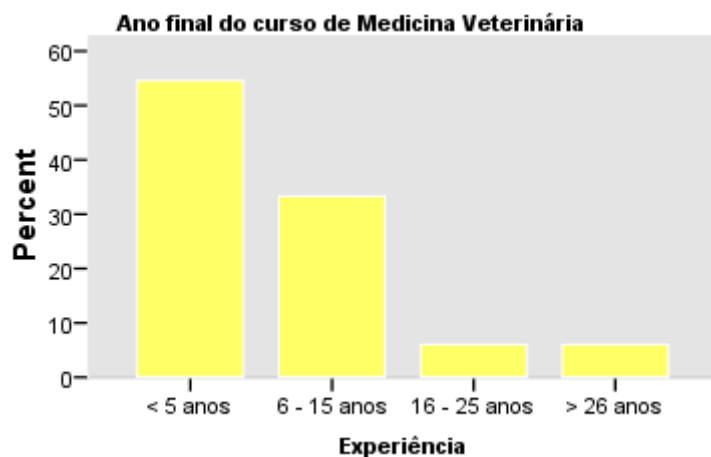
Ano final do curso de Medicina Veterinária					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 5 anos	18	52,9	54,5	54,5
	6 - 15 anos	11	32,4	33,3	87,9
	16 - 25 anos	2	5,9	6,1	93,9
	> 26 anos	2	5,9	6,1	100,0
	Total	33	97,1	100,0	
Missing	System	1	2,9		
	Total	34	100,0		

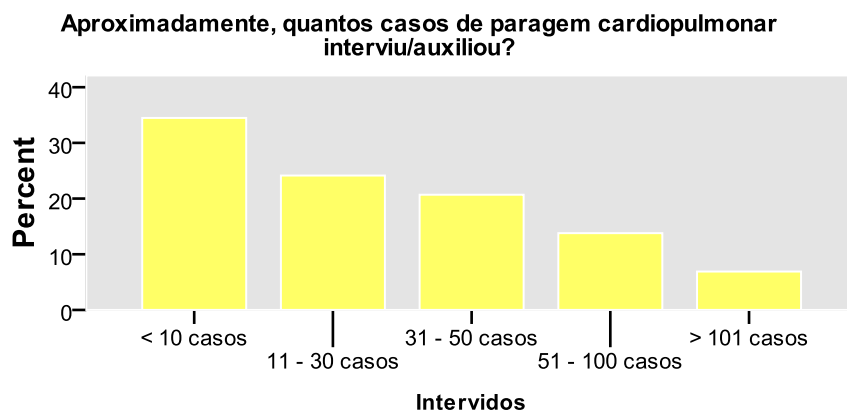
Aproximadamente, quantos casos de paragem cardiopulmonar liderou?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 10 casos	18	52,9	60,0	60,0
	11 - 30 casos	2	5,9	6,7	66,7
	31 - 50 casos	1	2,9	3,3	70,0
	51 - 100 casos	6	17,6	20,0	90,0
	> 101 casos	3	8,8	10,0	100,0
	Total	30	88,2	100,0	
Missing	System	4	11,8		
	Total	34	100,0		

Aproximadamente, quantos casos de paragem cardiopulmonar interviu/auxiliou?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 10 casos	10	29,4	34,5	34,5
	11 - 30 casos	7	20,6	24,1	58,6
	31 - 50 casos	6	17,6	20,7	79,3
	51 - 100 casos	4	11,8	13,8	93,1
	> 101 casos	2	5,9	6,9	100,0
	Total	29	85,3	100,0	
Missing	System	5	14,7		
	Total	34	100,0		

Bar Chart





B. Factos / resultados do desempenho profissional na RCPC

1. Sucesso na RCPC

Frequencies

		Statistics			
		ROSC Liderados	ROSC Intervidos	TE Estabilidade	Alta Clínica
N	Valid	27	29	31	31
	Missing	7	5	3	3

Frequency Table

Nos casos liderados, qual a taxa estimada de retorno de circulação espontânea/pulso periférico (em percentagem)?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 5%	10	29,4	37,0	37,0
	6 - 15 %	2	5,9	7,4	44,4
	16 - 25 %	2	5,9	7,4	51,9
	26 - 35 %	2	5,9	7,4	59,3
	36 - 45 %	1	2,9	3,7	63,0
	46 - 55 %	6	17,6	22,2	85,2
	> 56%	4	11,8	14,8	100,0
	Total	27	79,4	100,0	
Missing	System	7	20,6		
	Total	34	100,0		

Nos casos intervistos/auxiliados, qual a taxa estimada de retorno de circulação espontânea/pulso periférico (em percentagem)?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 5 %	6	17,6	20,7	20,7
	6 - 15 %	3	8,8	10,3	31,0
	16 - 25 %	5	14,7	17,2	48,3
	26- 35 %	2	5,9	6,9	55,2
	36 - 45 %	1	2,9	3,4	58,6
	46 - 55%	6	17,6	20,7	79,3
	> 56%	6	17,6	20,7	100,0
	Total	29	85,3	100,0	
Missing	System	5	14,7		
	Total	34	100,0		

Após retorno de circulação espontânea/pulso periférico, qual o tempo estimado de estabilidade cardiovascular, até ao desfecho do episódio?

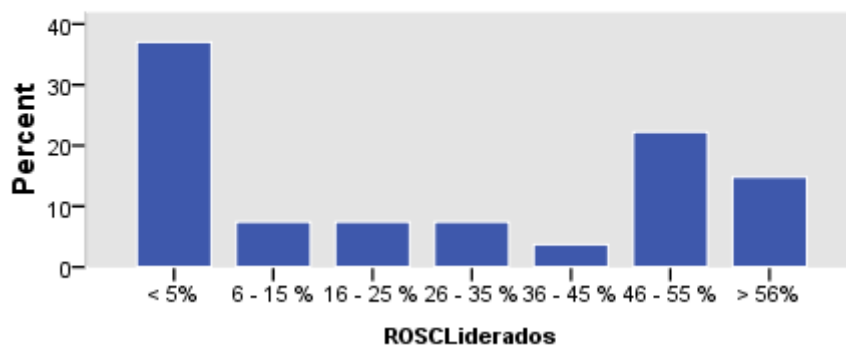
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1h	10	29,4	32,3	32,3
	1-2h	4	11,8	12,9	45,2
	2-4h	8	23,5	25,8	71,0
	4-6h	1	2,9	3,2	74,2
	6-24h	3	8,8	9,7	83,9
	>24h	5	14,7	16,1	100,0
	Total	31	91,2	100,0	
Missing	System	3	8,8		
	Total	34	100,0		

Qual a taxa de alta clínica após a ressuscitação (em percentagem)?

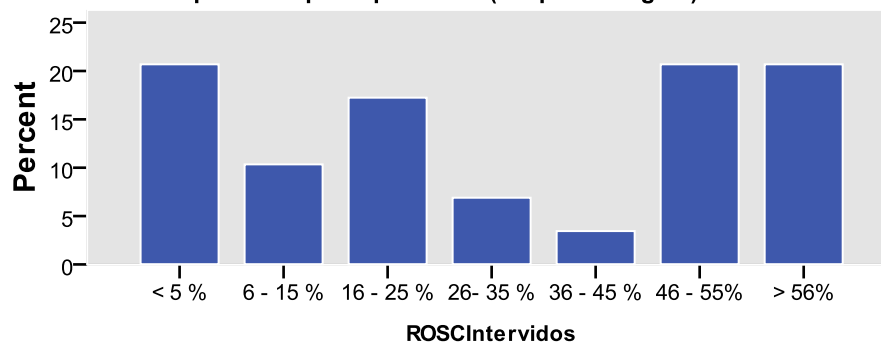
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<5%	10	29,4	32,3	32,3
	6-15%	6	17,6	19,4	51,6
	16-25%	8	23,5	25,8	77,4
	26-35%	1	2,9	3,2	80,6
	36-45%	1	2,9	3,2	83,9
	>56%	5	14,7	16,1	100,0
	Total	31	91,2	100,0	
Missing	System	3	8,8		
	Total	34	100,0		

Bar Chart

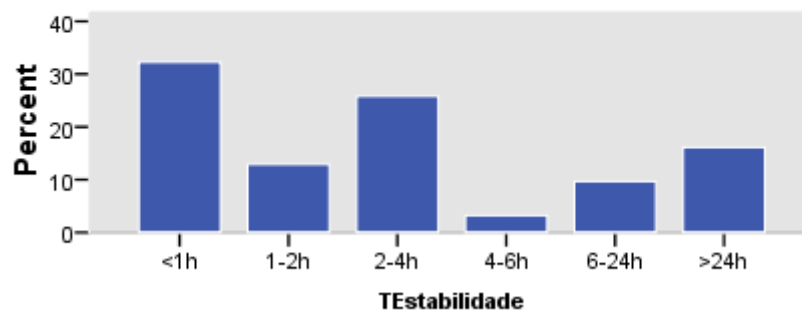
Nos casos liderados, qual a taxa estimada de retorno de circulação espontânea/pulso periférico (em percentagem)?



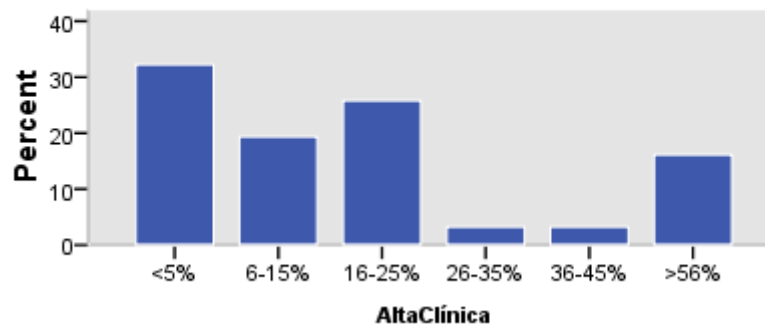
Nos casos intervistos/auxiliados, qual a taxa estimada de retorno de circulação espontânea/pulso periférico (em percentagem)?



Após retorno de circulação espontânea/pulso periférico, qual o tempo estimado de estabilidade cardiovascular, até ao desfecho do episódio?



Qual a taxa de alta clínica após a ressuscitação (em percentagem)?



2. Relativos à instituição onde trabalham

Frequencies

		Statistics	
		DocFormalDNR	FormalDNR
N	Valid	33	31
	Missing	1	3

Frequency Table

Na sua instituição existe um documento formal para os donos referindo-se à
Decisão de Não-Reanimação (DNR)?

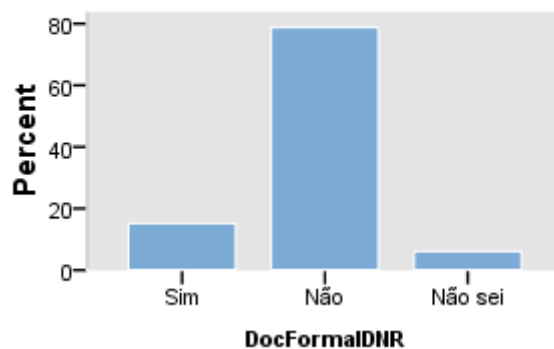
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	14,7	15,2	15,2
	Não	26	76,5	78,8	93,9
	Não sei	2	5,9	6,1	100,0
	Total	33	97,1	100,0	
Missing	System	1	2,9		
	Total	34	100,0		

Na sua instituição, existe alguma possibilidade do dono formalizar de forma
escrita o seu desejo de Não-Reanimação?

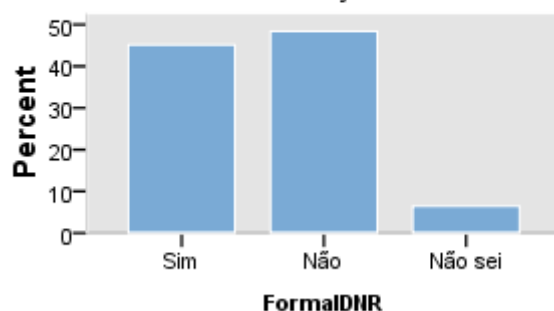
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	41,2	45,2	45,2
	Não	15	44,1	48,4	93,5
	Não sei	2	5,9	6,5	100,0
	Total	31	91,2	100,0	
Missing	System	3	8,8		
	Total	34	100,0		

Bar Chart

Na sua instituição existe um documento formal
para os donos referindo-se à Decisão de Não-
Reanimação (DNR)?



Na sua instituição, existe alguma possibilidade do dono formalizar de forma escrita o seu desejo de Não-Reanimação?



C. Percepções / opiniões

1. Desempenho individual/colectivo

Frequencies

Statistics			
		PrepLiderar	PrepIntervir
N	Valid	34	34
	Missing	0	0

Frequency Table

Sente-se adequadamente preparado/treinado para liderar uma RCPC?

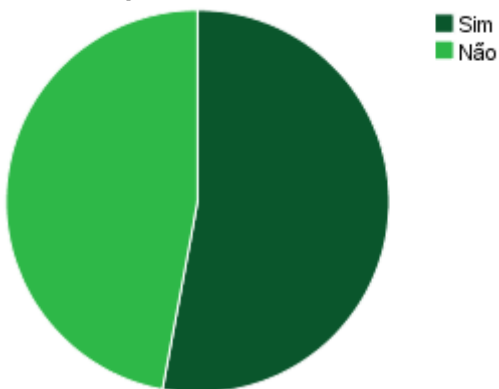
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	18	52,9	52,9	52,9
	Não	16	47,1	47,1	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Sente-se adequadamente preparado/treinado para intervir/auxiliar uma RCPC?

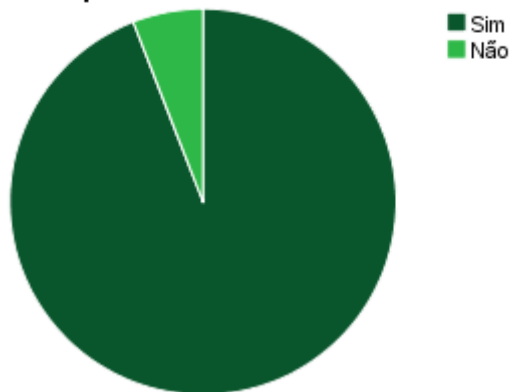
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	32	94,1	94,1	94,1
	Não	2	5,9	5,9	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Pie Chart

Sente-se adequadamente preparado/treinado para liderar uma RCPC?



Sente-se adequadamente preparado/treinado para intervir/auxiliar uma RCPC?



Frequencies

		Statistics				
		p8	p9	p10	p23	p24
N	Valid	33	34	34	34	34
	Missing	1	0	0	0	0

Frequency Table

p8: Os veterinários devem fazer recomendações e dar conselhos quando discutem DNR com os donos.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	1	2,9	3,0	3,0
	Raramente	1	2,9	3,0	6,1
	Às vezes	6	17,6	18,2	24,2
	Frequentemente	14	41,2	42,4	66,7
	Sempre	11	32,4	33,3	100,0
	Total	33	97,1	100,0	
Missing	System	1	2,9		
	Total	34	100,0		

p9: Quando os donos e veterinário não estão de acordo, o veterinário deve tomar a Decisão de Não-Reanimação.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	21	61,8	61,8	61,8
	Raramente	6	17,6	17,6	79,4
	Às vezes	6	17,6	17,6	97,1
	Frequentemente	1	2,9	2,9	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

p10: Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	3	8,8	8,8	8,8
	Raramente	3	8,8	8,8	17,6
	Às vezes	7	20,6	20,6	38,2
	Frequentemente	12	35,3	35,3	73,5
	Sempre	9	26,5	26,5	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

p23: Após uma RCPC falhada, deve ocorrer uma discussão de grupo sobre o caso.

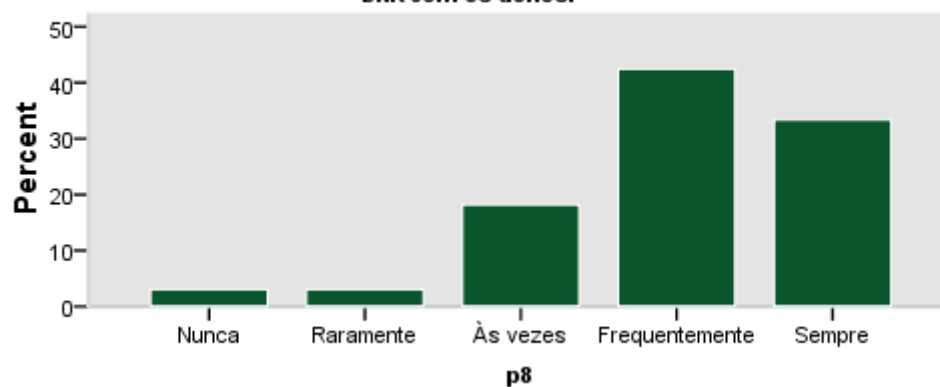
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Raramente	1	2,9	2,9	2,9
	Às vezes	8	23,5	23,5	26,5
	Frequentemente	11	32,4	32,4	58,8
	Sempre	14	41,2	41,2	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

p24: Deve ocorrer uma discussão de grupo sobre qualquer RCPC, seja falhada ou com sucesso.

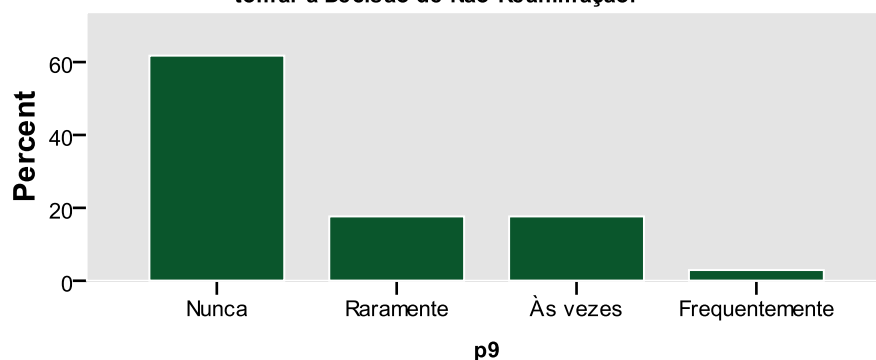
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Raramente	2	5,9	5,9	5,9
	Às vezes	11	32,4	32,4	38,2
	Frequentemente	11	32,4	32,4	70,6
	Sempre	10	29,4	29,4	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Bar Chart

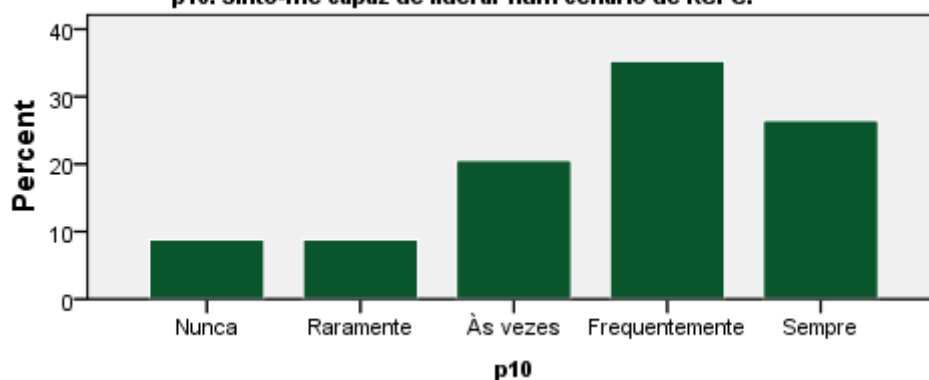
p8: Os veterinários devem fazer recomendações e dar conselhos quando discutem DNR com os donos.



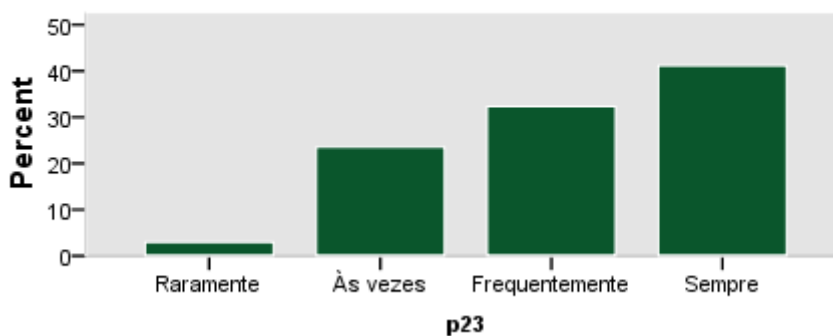
p9: Quando os donos e veterinário não estão de acordo, o veterinário deve tomar a Decisão de Não-Reanimação.



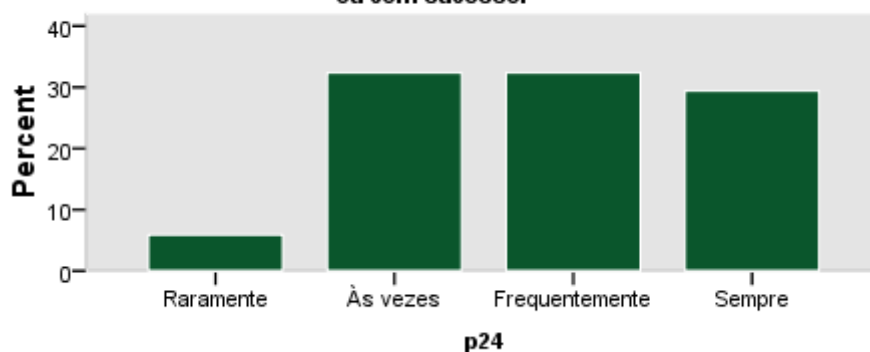
p10: Sinto-me capaz de liderar num cenário de RCPC.



p23: Após uma RCPC falhada, deve ocorrer uma discussão de grupo sobre o caso.



p24: Deve ocorrer uma discussão de grupo sobre qualquer RCPC, seja falhada ou com sucesso.



2. Envolvimento dos donos

Frequencies

		Statistics		
		p1	p15	p26
N	Valid	34	34	34
	Missing	0	0	0

Frequency Table

p1: Na minha opinião, os donos querem discutir RCPC e DNR.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	1	2,9	2,9	2,9
	Raramente	10	29,4	29,4	32,4
	Às vezes	16	47,1	47,1	79,4
	Frequentemente	6	17,6	17,6	97,1
	Sempre	1	2,9	2,9	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

p15: Na minha opinião, os donos querem estar presentes durante a RCPC dos seus animais.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	5	14,7	14,7	14,7
	Raramente	18	52,9	52,9	67,6
	Às vezes	9	26,5	26,5	94,1
	Frequentemente	2	5,9	5,9	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

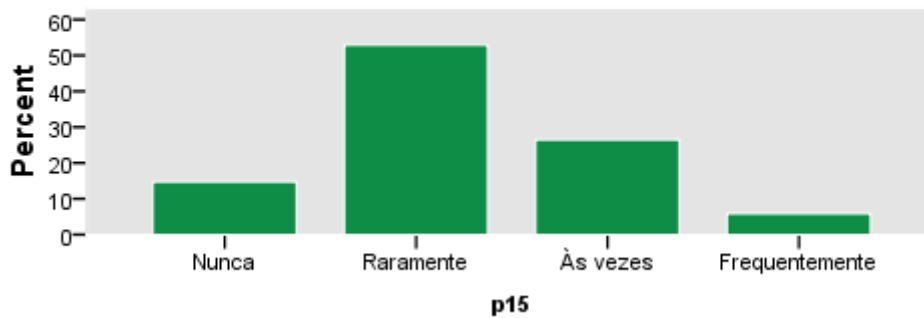
p26: Na minha opinião, os donos devem ter a possibilidade de formalizar a DNR.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	1	2,9	2,9	2,9
	Raramente	1	2,9	2,9	5,9
	Às vezes	2	5,9	5,9	11,8
	Frequentemente	10	29,4	29,4	41,2
	Sempre	20	58,8	58,8	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

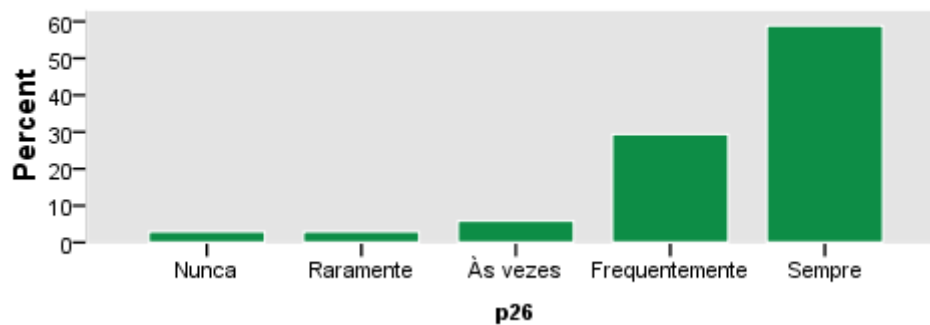
Bar Chart



p15: Na minha opinião, os donos querem estar presentes durante a RCPC dos seus animais.



p26: Na minha opinião, os donos devem ter a possibilidade de formalizar a DNR.



3. Instituição (incluindo colegas veterinários, estagiários e estudantes)

Frequencies

		Statistics		
		p11	p12	p13
N	Valid	33	32	34
	Missing	1	2	0

Frequency Table

p11: As situações de RCPC são bem coordenadas na minha instituição.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	2	5,9	6,1	6,1
	Raramente	3	8,8	9,1	15,2
	Às vezes	5	14,7	15,2	30,3
	Frequentemente	20	58,8	60,6	90,9
	Sempre	3	8,8	9,1	100,0
	Total	33	97,1	100,0	
Missing	System	1	2,9		
	Total	34	100,0		

p12: Os estudantes de veterinária/estagiários da minha instituição são bem treinados para realizar RCPC.

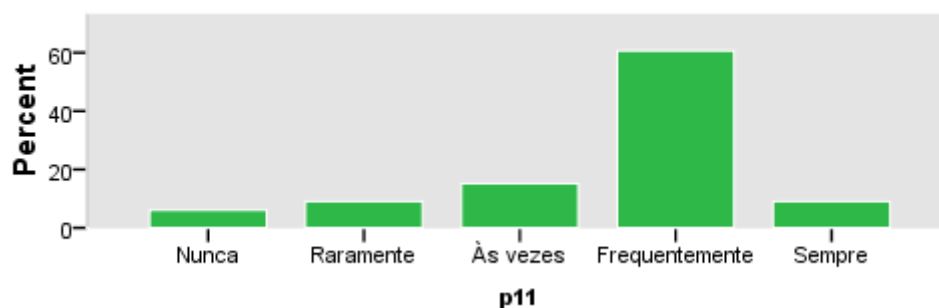
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	4	11,8	12,5	12,5
	Raramente	8	23,5	25,0	37,5
	Às vezes	8	23,5	25,0	62,5
	Frequentemente	11	32,4	34,4	96,9
	Sempre	1	2,9	3,1	100,0
	Total	32	94,1	100,0	
Missing	System	2	5,9		
	Total	34	100,0		

p13: Os veterinários da minha instituição estão bem treinados para realizar RCPC.

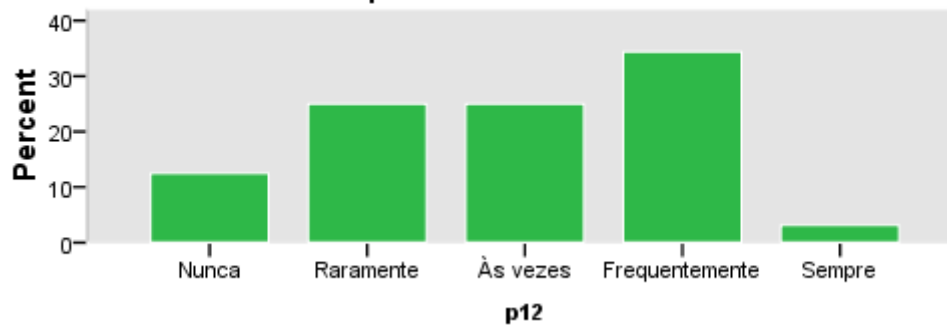
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Raramente	2	5,9	5,9	5,9
	Às vezes	5	14,7	14,7	20,6
	Frequentemente	20	58,8	58,8	79,4
	Sempre	7	20,6	20,6	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Bar Chart

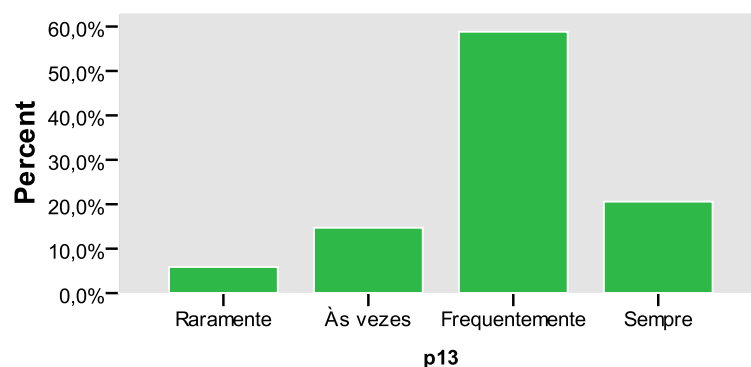
p11: As situações de RCPC são bem coordenadas na minha instituição.



p12: Os estudantes de veterinária/estagiários da minha instituição são bem treinados para realizar RCPC.



p13: Os veterinários da minha instituição estão bem treinados para realizar RCPC.



4. Decisão de Não Reanimação

Frequencies

Statistics

QuemDNR

N	Valid	34
	Missing	0

Quem deve participar na Decisão de Não Reanimação?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dono	2	5,9	5,9	5,9
	Dono+Conjuge+Filhos	3	8,8	8,8	14,7
	Dono+Veterinário caso	21	61,8	61,8	76,5
	Dono+Vet caso+Director clínico	1	2,9	2,9	79,4
	Dono+Conjuge+Filhos+Vet caso+Director clínico	1	2,9	2,9	82,4
	Dono+Conjuge+Filhos+Veterinário caso	3	8,8	8,8	91,2
	Dono+Conjuge+Veterinário caso	2	5,9	5,9	97,1
	Veterinário que segue o caso	1	2,9	2,9	100,0
	Total	34	100,0	100,0	



5. Ressuscitação cardiopulmonar-cerebral

Frequencies

		Statistics		
		p21	p27	p28
N	Valid	34	33	33
	Missing	0	1	1

Frequency Table

p21: Na minha opinião, a RCPC é inútil em animais moribundos ou com doença crónica grave.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Raramente	2	5,9	5,9	5,9
	Às vezes	11	32,4	32,4	38,2
	Frequentemente	16	47,1	47,1	85,3
	Sempre	5	14,7	14,7	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

p27: Penso que as tentativas de RCPC podem ser clinicamente inapropriadas.

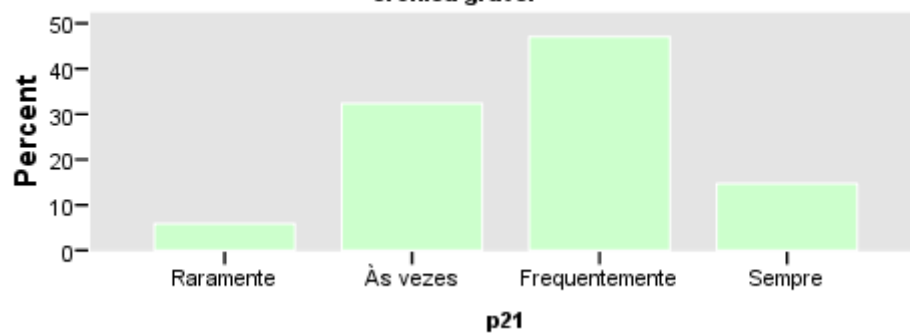
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	4	11,8	12,1	12,1
	Raramente	8	23,5	24,2	36,4
	Às vezes	20	58,8	60,6	97,0
	Frequentemente	1	2,9	3,0	100,0
	Total	33	97,1	100,0	
Missing	System	1	2,9		
	Total	34	100,0		

p28: Penso que as tentativas de RCPC podem ser eticamente inapropriadas.

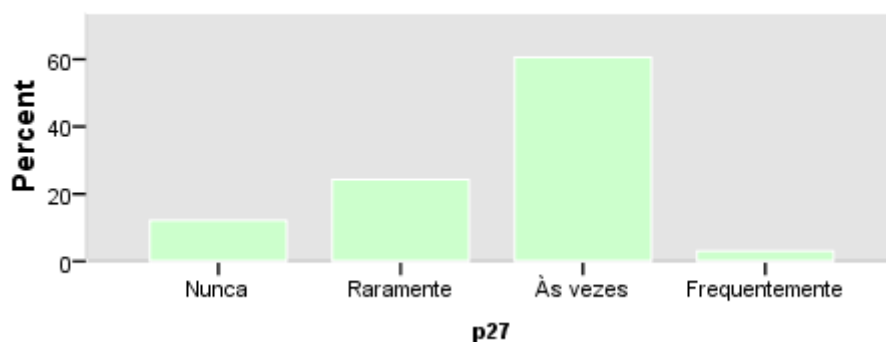
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	4	11,8	12,1	12,1
	Raramente	8	23,5	24,2	36,4
	Às vezes	17	50,0	51,5	87,9
	Frequentemente	4	11,8	12,1	100,0
	Total	33	97,1	100,0	
Missing	System	1	2,9		
	Total	34	100,0		

Bar Chart

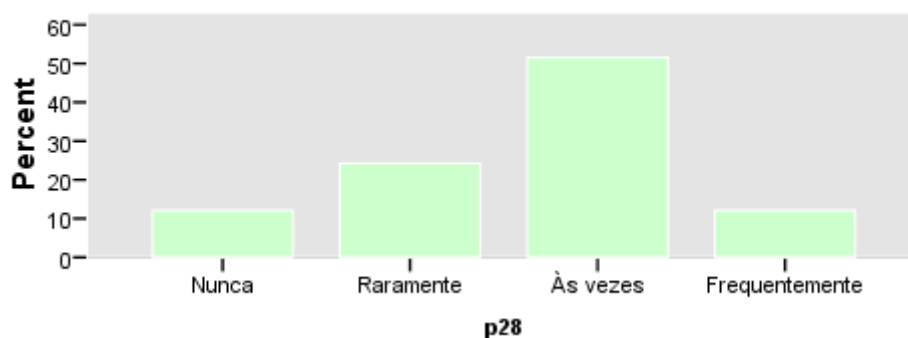
p21: Na minha opinião, a RCPC é inútil em animais moribundos ou com doença crónica grave.



p27: Penso que as tentativas de RCPC podem ser clinicamente inapropriadas.



p28: Penso que as tentativas de RCPC podem ser eticamente inapropriadas.



D. Práticas e emoções

1. Desempenho individual/colectivo

Frequencies

Statistics

		MomentoDNR	p14	p16	p17	p18	p19
N	Valid	32	34	34	33	34	34
	Missing	2	0	0	1	0	0

Statistics

		p20	p22	p25	p29	p30	p31	p32
N	Valid	34	34	34	33	33	33	33
	Missing	0	0	0	1	1	1	1

Statistics

		p33	p34
N	Valid	33	33
	Missing	1	1

Frequency Table

Em que momento geralmente levanta a hipótese aos donos da Não Reanimação, de forma verbal ou eventualmente escrita?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Apenas se espera PCP	9	26,5	28,1	28,1
	Após complicações	11	32,4	34,4	62,5
	Durante o curso da doença	9	26,5	28,1	90,6
	Outro	3	8,8	9,4	100,0
	Total	32	94,1	100,0	
Missing	System	2	5,9		
	Total	34	100,0		

p14: Eu permitiria que os donos estivessem presentes durante a RCPC dos seus animais.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	17	50,0	50,0	50,0
	Raramente	11	32,4	32,4	82,4
	Às vezes	4	11,8	11,8	94,1
	Frequentemente	2	5,9	5,9	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

p16: Eu preocupo-me com o(s) dono(s) quando estou a realizar a RCPC dos seus animais.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	8	23,5	23,5	23,5
	Raramente	6	17,6	17,6	41,2
	Às vezes	7	20,6	20,6	61,8
	Frequentemente	9	26,5	26,5	88,2
	Sempre	4	11,8	11,8	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

p17: Eu preocupo-me com o animal a quem estou a realizar RCPC.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	1	2,9	3,0	3,0
	Frequentemente	6	17,6	18,2	21,2
	Sempre	26	76,5	78,8	100,0
	Total	33	97,1	100,0	
Missing	System	1	2,9		
	Total	34	100,0		

p18: Sinto-me stressado quando realizo RCPC.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	2	5,9	5,9	5,9
	Raramente	10	29,4	29,4	35,3
	Às vezes	11	32,4	32,4	67,6
	Frequentemente	8	23,5	23,5	91,2
	Sempre	3	8,8	8,8	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

p19: Uma RCPC falhada tem impacto negativo nas minhas emoções/expectativas.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	2	5,9	5,9	5,9
	Raramente	6	17,6	17,6	23,5
	Às vezes	21	61,8	61,8	85,3
	Frequentemente	2	5,9	5,9	91,2
	Sempre	3	8,8	8,8	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

**p20: Uma RCPC com sucesso tem um impacto positivo nas minhas
emoções/expectativas.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Raramente	1	2,9	2,9	2,9
	Às vezes	10	29,4	29,4	32,4
	Frequentemente	15	44,1	44,1	76,5
	Sempre	8	23,5	23,5	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

p22: Sinto necessidade de discutir uma RCPC falhada com alguém.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	1	2,9	2,9	2,9
	Raramente	12	35,3	35,3	38,2
	Às vezes	9	26,5	26,5	64,7
	Frequentemente	9	26,5	26,5	91,2
	Sempre	3	8,8	8,8	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

**p25: Considero a possibilidade de problemas legais quando decido iniciar
RCPC.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	14	41,2	41,2	41,2
	Raramente	14	41,2	41,2	82,4
	Às vezes	5	14,7	14,7	97,1
	Sempre	1	2,9	2,9	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

p29: Faria RCPC num animal com um bom prognóstico a curto e longo prazo mas com pouca qualidade de vida.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Raramente	5	14,7	15,2	15,2
	Às vezes	11	32,4	33,3	48,5
	Frequentemente	10	29,4	30,3	78,8
	Sempre	7	20,6	21,2	100,0
	Total	33	97,1	100,0	
Missing	System	1	2,9		
	Total	34	100,0		

p30: Faria RCPC num animal com bom prognóstico a curto prazo e boa qualidade de vida mas com mau prognóstico a longo prazo.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Raramente	1	2,9	3,0	3,0
	Às vezes	6	17,6	18,2	21,2
	Frequentemente	13	38,2	39,4	60,6
	Sempre	13	38,2	39,4	100,0
	Total	33	97,1	100,0	
Missing	System	1	2,9		
	Total	34	100,0		

p31: Faria RCPC num animal com mau prognóstico a curto e a longo prazo mas com boa qualidade de vida.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Raramente	1	2,9	3,0	3,0
	Às vezes	8	23,5	24,2	27,3
	Frequentemente	13	38,2	39,4	66,7
	Sempre	11	32,4	33,3	100,0
	Total	33	97,1	100,0	
Missing	System	1	2,9		
	Total	34	100,0		

p32: Faria RCPC num animal com bom prognóstico a curto e a longo prazo e com boa qualidade de vida.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Raramente	1	2,9	3,0	3,0
	Às vezes	1	2,9	3,0	6,1
	Frequentemente	2	5,9	6,1	12,1
	Sempre	29	85,3	87,9	100,0
	Total	33	97,1	100,0	
Missing	System	1	2,9		
	Total	34	100,0		

p33: Faria RCPC num animal com mau prognóstico a curto e a longo prazo e má qualidade de vida.

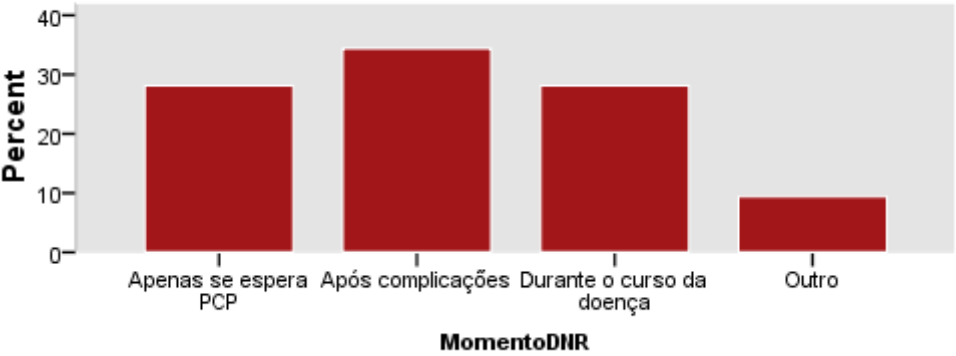
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	5	14,7	15,2	15,2
	Raramente	18	52,9	54,5	69,7
	Às vezes	3	8,8	9,1	78,8
	Frequentemente	3	8,8	9,1	87,9
	Sempre	4	11,8	12,1	100,0
	Total	33	97,1	100,0	
Missing	System	1	2,9		
	Total	34	100,0		

p34: Faria RCPC em qualquer animal com paragem CP se não soubesse os desejos de DNR do dono.

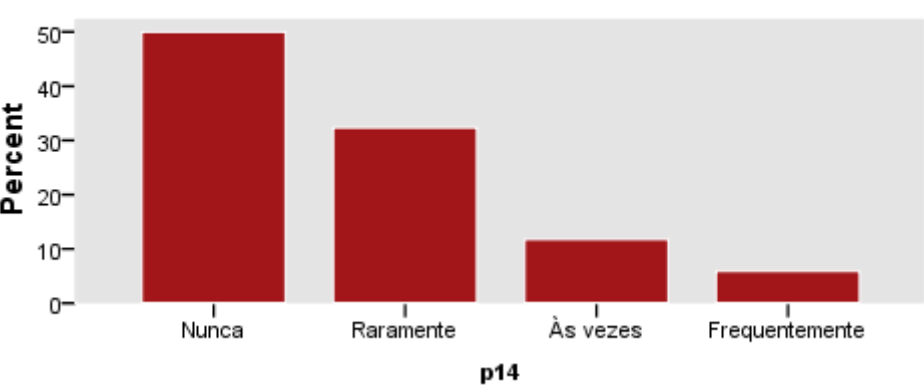
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Às vezes	3	8,8	9,1	9,1
	Frequentemente	12	35,3	36,4	45,5
	Sempre	18	52,9	54,5	100,0
	Total	33	97,1	100,0	
Missing	System	1	2,9		
	Total	34	100,0		

Bar Chart

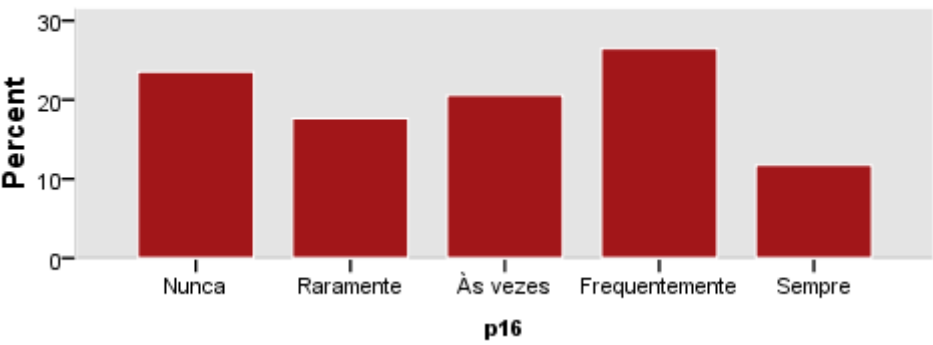
Em que momento geralmente levanta a hipótese aos donos da Não Reanimação, de forma verbal ou eventualmente escrita?



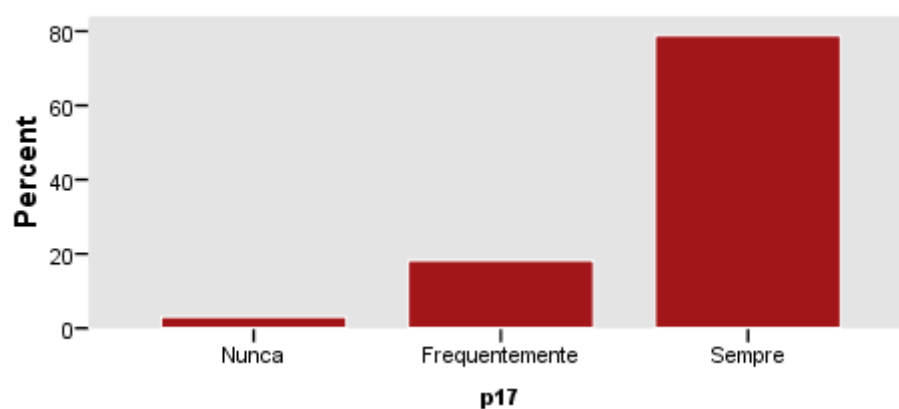
p14: Eu permitiria que os donos estivessem presentes durante a RCPC dos seus animais.



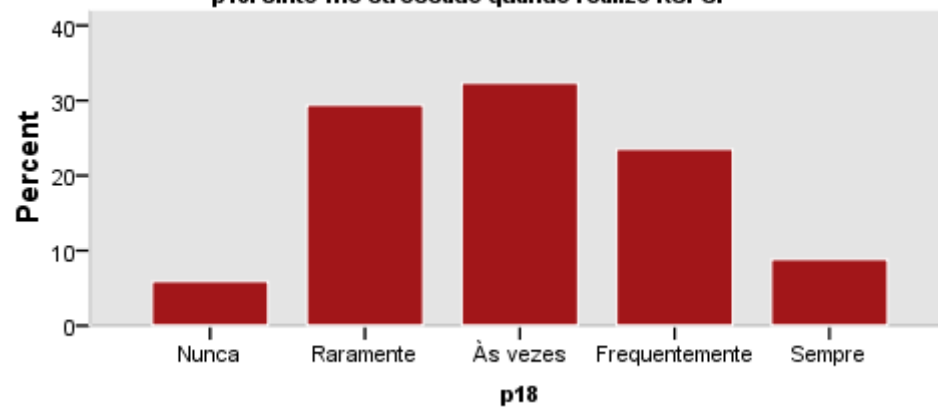
p16: Eu preocupo-me com o(s) dono(s) quando estou a realizar a RCPC dos seus animais.



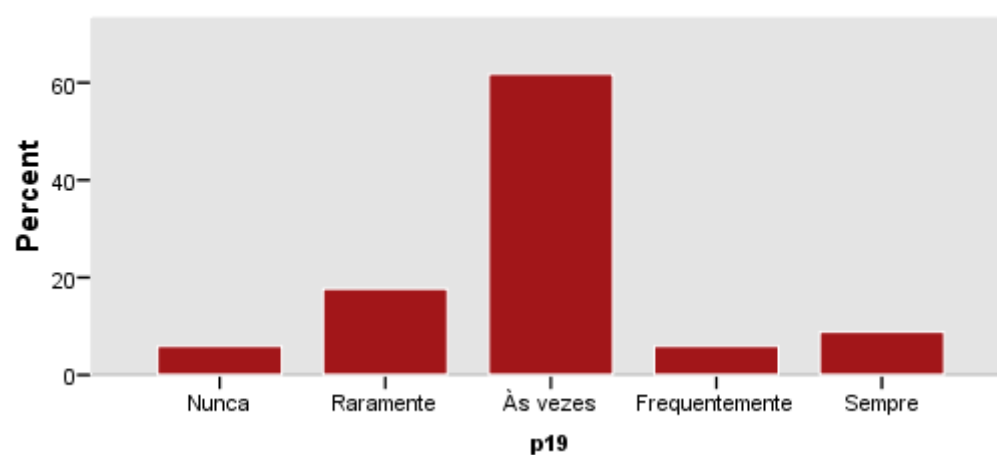
p17: Eu preocupo-me com o animal a quem estou a realizar RCPC.

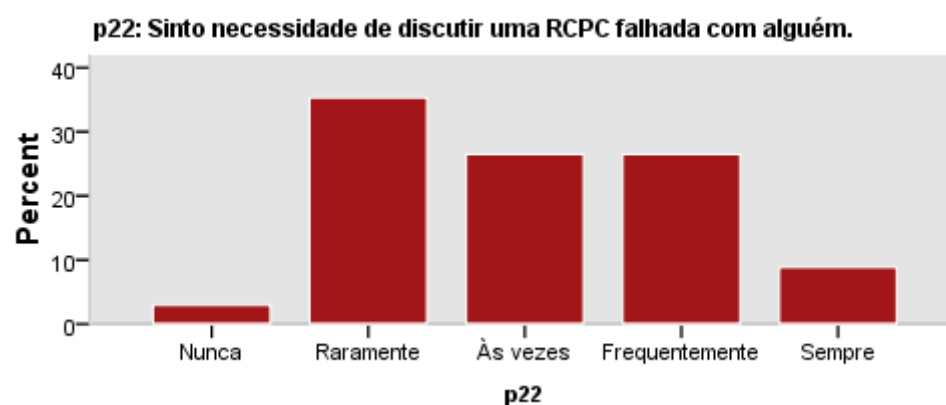
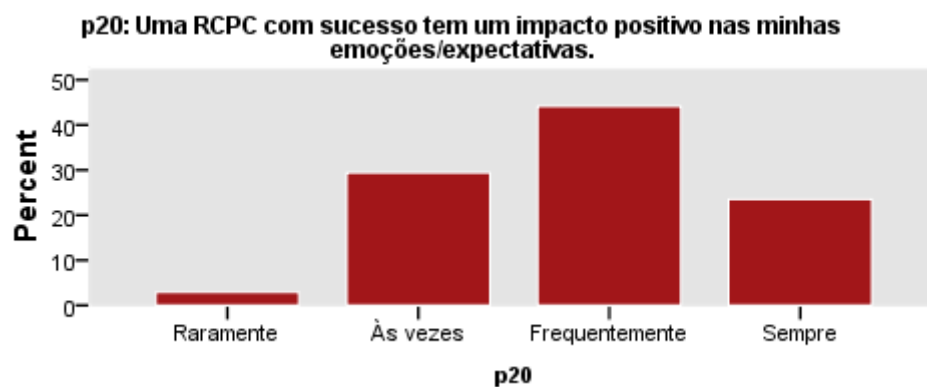


p18: Sinto-me stressado quando realizo RCPC.

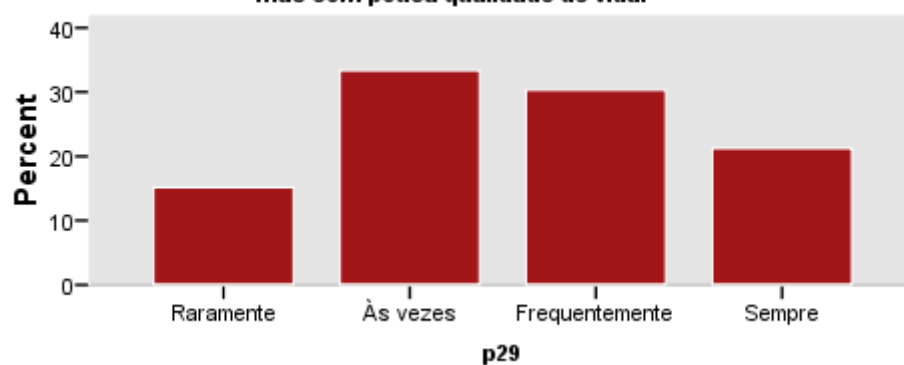


p19: Uma RCPC falhada tem impacto negativo nas minhas emoções/expectativas.

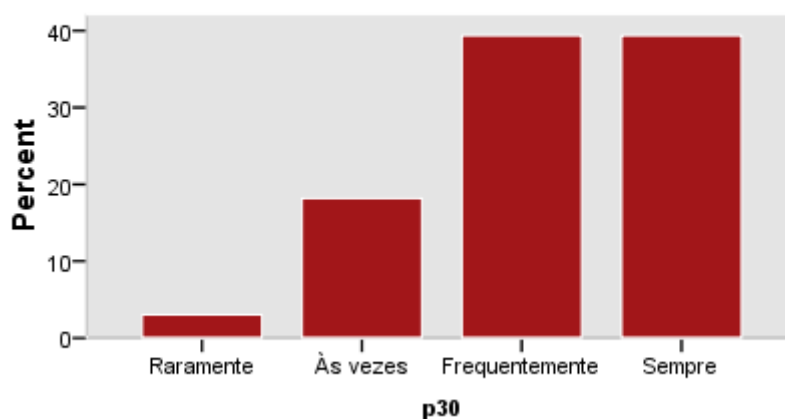




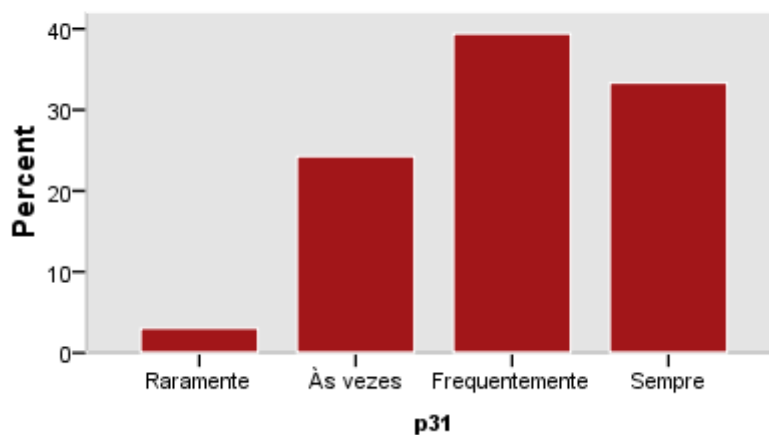
p29: Faria RCPC num animal com um bom prognóstico a curto e longo prazo mas com pouca qualidade de vida.



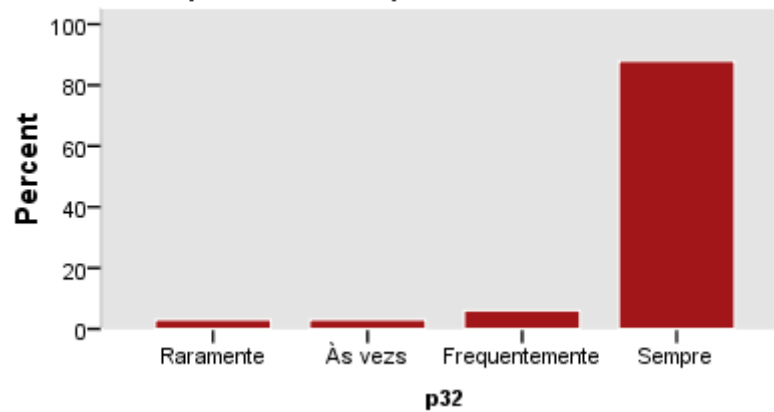
p30: Faria RCPC num animal com bom prognóstico a curto prazo e boa qualidade de vida mas com mau prognóstico a longo prazo.



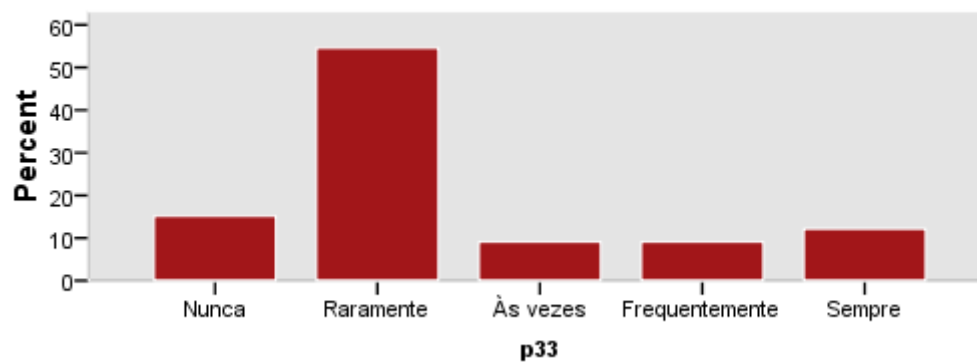
p31: Faria RCPC num animal com mau prognóstico a curto e a longo prazo mas com boa qualidade de vida.



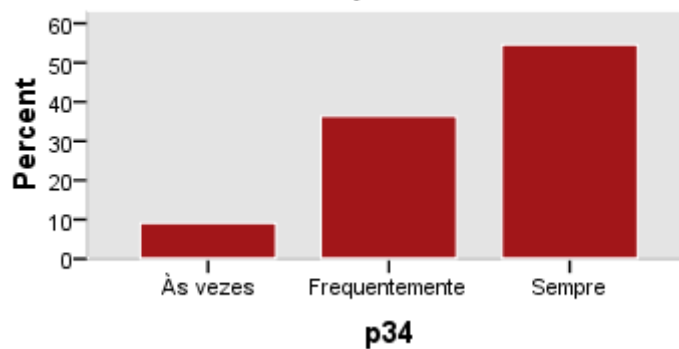
p32: Faria RCPC num animal com bom prognóstico a curto e a longo prazo e com boa qualidade de vida.



p33: Faria RCPC num animal com mau prognóstico a curto e a longo prazo e má qualidade de vida.



p34: Faria RCPC em qualquer animal com paragem CP se não soubesse os desejos de DNR do dono.



2. Envolvimento dos donos

Frequencies

		Statistics					
		p2	p3	p4	p5	p6	p7
N	Valid	34	34	32	34	34	34
	Missing	0	0	2	0	0	0

Frequency Table

p2: Sinto-me confortável para discutir RCPC e DNR com os donos.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	1	2,9	2,9	2,9
	Às vezes	7	20,6	20,6	23,5
	Frequentemente	13	38,2	38,2	61,8
	Sempre	13	38,2	38,2	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

p3: Sinto-me stressado quando discuto DNR com os donos e/ou família.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	8	23,5	23,5	23,5
	Raramente	17	50,0	50,0	73,5
	Às vezes	7	20,6	20,6	94,1
	Frequentemente	2	5,9	5,9	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

p4: O facto de ter de lidar com as emoções dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	10	29,4	31,3	31,3

	Raramente	12	35,3	37,5	68,8
	Às vezes	8	23,5	25,0	93,8
	Frequentemente	1	2,9	3,1	96,9
	Sempre	1	2,9	3,1	100,0
	Total	32	94,1	100,0	
Missing	System	2	5,9		
	Total	34	100,0		

**p5: O facto de ter de lidar com o medo e ansiedade dos donos influencia a minha
decisão de discutir com eles RCPC e DNR.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	13	38,2	38,2	38,2
	Raramente	14	41,2	41,2	79,4
	Às vezes	5	14,7	14,7	94,1
	Frequentemente	1	2,9	2,9	97,1
	Sempre	1	2,9	2,9	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

**p6: O facto de ter de lidar com a tristeza e dor dos donos influencia a minha decisão
de discutir com eles RCPC e DNR.**

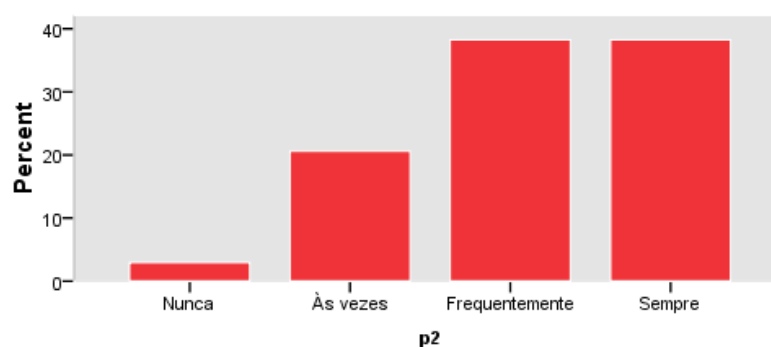
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	14	41,2	41,2	41,2
	Raramente	12	35,3	35,3	76,5
	Às vezes	6	17,6	17,6	94,1
	Frequentemente	1	2,9	2,9	97,1
	Sempre	1	2,9	2,9	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

p7: O facto de ter de lidar com a hostilidade e raiva dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR.

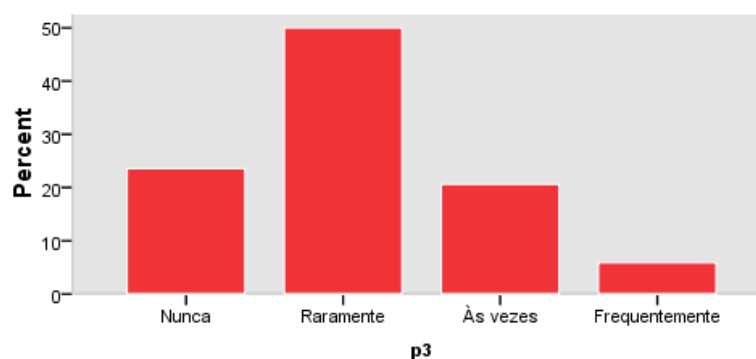
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	12	35,3	35,3	35,3
	Raramente	13	38,2	38,2	73,5
	Às vezes	6	17,6	17,6	91,2
	Frequentemente	3	8,8	8,8	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Bar Chart

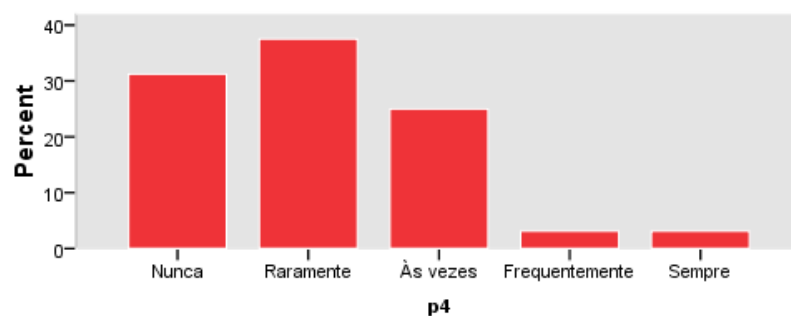
p2: Sinto-me confortável para discutir RCPC e DNR com os donos.



p3: Sinto-me stressado quando discuto DNR com os donos e/ou família.



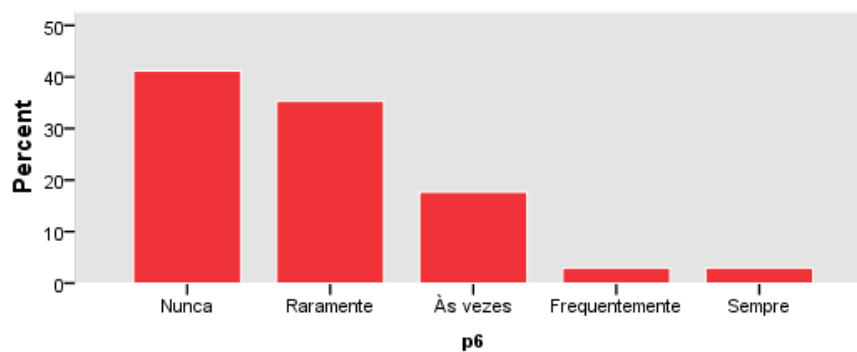
p4: O facto de ter de lidar com as emoções dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR.



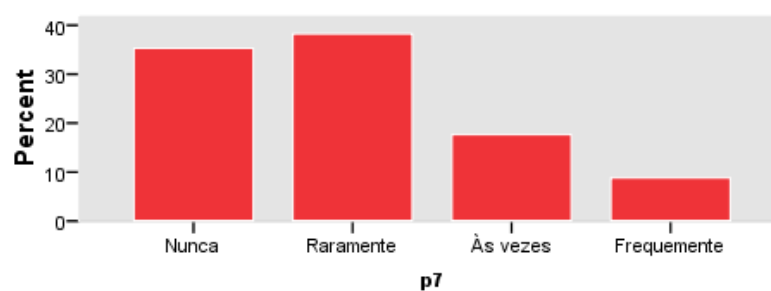
p5: O facto de ter de lidar com o medo e ansiedade dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR.



p6: O facto de ter de lidar com a tristeza e dor dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR.



p7: O facto de ter de lidar com a hostilidade e raiva dos donos influencia a minha decisão de discutir com eles RCPC e DNR.



Anexo 7
Tabelas de cruzamentos de dados

Crosstabs
- Sucesso RCPC X Experiência

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Experiência * ROSCLiderados	26	76,5%	8	23,5%	34	100,0%
Experiência * ROSCIntervidos	28	82,4%	6	17,6%	34	100,0%
Experiência * TEstabilidade	30	88,2%	4	11,8%	34	100,0%
Experiência * AltaClínica	30	88,2%	4	11,8%	34	100,0%

Experiência * ROSCLiderados Crosstabulation

			ROSCLiderados							Total
			< 5%	6 - 15 %	16 - 25 %	26 - 35 %	36 - 45 %	46 - 55 %	> 56%	
Experiência < 5 anos	Count		7	2	0	1	0	3	1	14
	% within ROSCLiderados		77,8%	100,0%	,0%	50,0%	,0%	50,0%	25,0%	53,8%
	Count		0	0	2	1	0	3	3	9
	% within ROSCLiderados		,0%	,0%	100,0%	50,0%	,0%	50,0%	75,0%	34,6%
6 - 15 anos	Count		0	0	0	0	1	0	0	1
	% within ROSCLiderados		,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	3,8%
	Count		2	0	0	0	0	0	0	2
	% within ROSCLiderados		22,2%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	7,7%
16 - 25 anos	Count		9	2	2	2	1	6	4	26
	% within ROSCLiderados		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Count		0	0	0	0	0	0	0	0
	% within ROSCLiderados		,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
> 26 anos	Count		0	0	0	0	0	0	0	0
	% within ROSCLiderados		,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
	Count		0	0	0	0	0	0	0	0
	% within ROSCLiderados		,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
Total	Count		9	2	2	2	1	6	4	26
	% within ROSCLiderados		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Count		0	0	0	0	0	0	0	0
	% within ROSCLiderados		,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%

Experiência * ROSCIntervidos Crosstabulation

			ROSCIntervidos							Total
			< 5 %	6 - 15 %	16 - 25 %	26- 35 %	36 - 45 %	46 - 55%	> 56%	
Experiência < 5 anos	Count		3	3	2	1	1	3	3	16
	% within ROSCIntervidos		60,0%	100,0%	40,0%	50,0%	100,0%	50,0%	50,0%	57,1%
6 - 15 anos	Count		0	0	2	1	0	3	3	9
	% within ROSCIntervidos		,0%	,0%	40,0%	50,0%	,0%	50,0%	50,0%	32,1%
16 - 25 anos	Count		0	0	1	0	0	0	0	1
	% within ROSCIntervidos		,0%	,0%	20,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	3,6%
> 26 anos	Count		2	0	0	0	0	0	0	2
	% within ROSCIntervidos		40,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	7,1%
Total	Count		5	3	5	2	1	6	6	28
	% within ROSCIntervidos		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Experiência * TEstabilidade Crosstabulation

			TEstabilidade						Total
			<1h	1-2h	2-4h	4-6h	6-24h	>24h	
Experiência < 5 anos	Count		5	2	5	0	2	3	17
	% within TEstabilidade		50,0%	66,7%	62,5%	,0%	66,7%	60,0%	56,7%
6 - 15 anos	Count		3	1	2	1	1	1	9
	% within TEstabilidade		30,0%	33,3%	25,0%	100,0%	33,3%	20,0%	30,0%
16 - 25 anos	Count		1	0	1	0	0	0	2
	% within TEstabilidade		10,0%	,0%	12,5%	,0%	,0%	,0%	6,7%
> 26 anos	Count		1	0	0	0	0	1	2
	% within TEstabilidade		10,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	20,0%	6,7%

Total	Count	10	3	8	1	3	5	30
	% within TEstabilidade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Experiência * AltaClínica Crosstabulation

			AltaClínica						Total
			<5%	6-15%	16-25%	26-35%	36-45%	>56%	
Experiência	< 5 anos	Count	6	2	5	1	0	4	18
		% within AltaClínica	66,7%	33,3%	62,5%	100,0%	,0%	80,0%	60,0%
	6 - 15 anos	Count	2	3	2	0	1	1	9
		% within AltaClínica	22,2%	50,0%	25,0%	,0%	100,0%	20,0%	30,0%
	16 - 25 anos	Count	0	0	1	0	0	0	1
		% within AltaClínica	,0%	,0%	12,5%	,0%	,0%	,0%	3,3%
	> 26 anos	Count	1	1	0	0	0	0	2
		% within AltaClínica	11,1%	16,7%	,0%	,0%	,0%	,0%	6,7%
	Total	Count	9	6	8	1	1	5	30
		% within AltaClínica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Crosstabs

- Sucesso RCPC X PrepLiderar

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
p10 * ROSCLiderados	27	79,4%	7	20,6%	34	100,0%
p10 * ROSCIntervidos	29	85,3%	5	14,7%	34	100,0%
p10 * TEstabilidade	31	91,2%	3	8,8%	34	100,0%
p10 * AltaClínica	31	91,2%	3	8,8%	34	100,0%

p10 * ROSCLiderados

Crosstab

			ROSCLiderados							Total
			< 5%	6 - 15 %	16 - 25 %	26 - 35 %	36 - 45 %	46 - 55 %	> 56%	
p10	Nunca	Count	1	0	0	0	0	0	1	2
		% within ROSCLiderados	10,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	25,0%	7,4%
	Raramente	Count	2	0	0	0	0	0	0	2
		% within ROSCLiderados	20,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	7,4%
	Às vezes	Count	2	1	0	0	0	1	1	5
		% within ROSCLiderados	20,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	16,7%	25,0%	18,5%
	Frequentemente	Count	2	0	1	1	1	2	2	9
		% within ROSCLiderados	20,0%	,0%	50,0%	50,0%	100,0%	33,3%	50,0%	33,3%
	Sempre	Count	3	1	1	1	0	3	0	9
		% within ROSCLiderados	30,0%	50,0%	50,0%	50,0%	,0%	50,0%	,0%	33,3%
	Total	Count	10	2	2	2	1	6	4	27
		% within ROSCLiderados	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * ROSCIntervidos

Crosstab

			ROSCIntervidos							Total
			< 5 %	6 - 15 %	16 - 25 %	26- 35 %	36 - 45 %	46 - 55%	> 56%	
p10	Nunca	Count	0	0	0	0	0	1	2	3
		% within ROSCIntervidos	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	16,7%	33,3%	10,3%
	Raramente	Count	1	0	1	0	0	0	0	2
		% within ROSCIntervidos	16,7%	,0%	20,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	6,9%
	Às vezes	Count	1	2	0	0	0	1	2	6
		% within ROSCIntervidos	16,7%	66,7%	,0%	,0%	,0%	16,7%	33,3%	20,7%
	Frequentemente	Count	1	0	3	1	0	2	2	9
		% within ROSCIntervidos	16,7%	,0%	60,0%	50,0%	,0%	33,3%	33,3%	31,0%
	Sempre	Count	3	1	1	1	1	2	0	9
		% within ROSCIntervidos	50,0%	33,3%	20,0%	50,0%	100,0%	33,3%	,0%	31,0%
	Total	Count	6	3	5	2	1	6	6	29
		% within ROSCIntervidos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * TEstabilidade

Crosstab

			TEstabilidade						Total
			<1h	1-2h	2-4h	4-6h	6-24h	>24h	
p10	Nunca	Count	1	0	0	0	1	1	3
		% within TEstabilidade	10,0%	,0%	,0%	,0%	33,3%	20,0%	9,7%
	Raramente	Count	1	0	0	0	0	1	2
		% within TEstabilidade	10,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	20,0%	6,5%
	Às vezes	Count	3	1	2	0	1	0	7
		% within TEstabilidade	30,0%	25,0%	25,0%	,0%	33,3%	,0%	22,6%
	Frequentemente	Count	5	3	3	0	0	1	12
		% within TEstabilidade	50,0%	75,0%	37,5%	,0%	,0%	20,0%	38,7%
	Sempre	Count	0	0	3	1	1	2	7
		% within TEstabilidade	,0%	,0%	37,5%	100,0%	33,3%	40,0%	22,6%
	Total	Count	10	4	8	1	3	5	31
		% within TEstabilidade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * AltaClínica

Crosstab

			AltaClínica						Total
			<5%	6-15%	16-25%	26-35%	36-45%	>56%	
p10	Nunca	Count	0	0	2	0	0	1	3
		% within AltaClínica	,0%	,0%	25,0%	,0%	,0%	20,0%	9,7%
	Raramente	Count	1	0	0	0	0	1	2
		% within AltaClínica	10,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	20,0%	6,5%
	Às vezes	Count	2	0	2	0	1	1	6
		% within AltaClínica	20,0%	,0%	25,0%	,0%	100,0%	20,0%	19,4%
	Frequentemente	Count	4	2	3	0	0	2	11
		% within AltaClínica	40,0%	33,3%	37,5%	,0%	,0%	40,0%	35,5%
	Sempre	Count	3	4	1	1	0	0	9
		% within AltaClínica	30,0%	66,7%	12,5%	100,0%	,0%	,0%	29,0%
	Total	Count	10	6	8	1	1	5	31
		% within AltaClínica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Crosstabs

- Percepções desempenho individual/colectivo X Experiência

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Experiência * PrepLiderar	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * PrepIntervir	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * p8	32	94,1%	2	5,9%	34	100,0%
Experiência * p9	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * p10	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * p23	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * p24	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%

Experiência * PrepLiderar Crosstabulation

			PrepLiderar		Total
			Sim	Não	
Experiência	< 5 anos	Count	9	9	18
		% within PrepLiderar	52,9%	56,3%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	7	4	11
		% within PrepLiderar	41,2%	25,0%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	0	2	2
		% within PrepLiderar	,0%	12,5%	6,1%
	> 26 anos	Count	1	1	2
		% within PrepLiderar	5,9%	6,3%	6,1%
	Total	Count	17	16	33
		% within PrepLiderar	100,0%	100,0%	100,0%

Experiência * PreplIntervir Crosstabulation

			PreplIntervir		Total
			Sim	Não	
Experiência	< 5 anos	Count	17	1	18
		% within PreplIntervir	54,8%	50,0%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	11	0	11
		% within PreplIntervir	35,5%	,0%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	2	0	2
		% within PreplIntervir	6,5%	,0%	6,1%
	> 26 anos	Count	1	1	2
		% within PreplIntervir	3,2%	50,0%	6,1%
Total		Count	31	2	33
		% within PreplIntervir	100,0%	100,0%	100,0%

Experiência * p8 Crosstabulation

			p8					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemen te	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	0	0	4	9	5	18
		% within p8	,0%	,0%	66,7%	64,3%	50,0%	56,3%
	6 - 15 anos	Count	1	1	1	4	3	10
		% within p8	100,0%	100,0%	16,7%	28,6%	30,0%	31,3%
	16 - 25 anos	Count	0	0	1	1	0	2
		% within p8	,0%	,0%	16,7%	7,1%	,0%	6,3%
	> 26 anos	Count	0	0	0	0	2	2
		% within p8	,0%	,0%	,0%	,0%	20,0%	6,3%
Total	Count	1	1	6	14	10	32	
	% within p8	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Experiência * p9 Crosstabulation

			p9				Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentement e	
Experiência	< 5 anos	Count	11	3	3	1	18
		% within p9	55,0%	50,0%	50,0%	100,0%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	6	3	2	0	11
		% within p9	30,0%	50,0%	33,3%	,0%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	2	0	0	0	2
		% within p9	10,0%	,0%	,0%	,0%	6,1%
	> 26 anos	Count	1	0	1	0	2
		% within p9	5,0%	,0%	16,7%	,0%	6,1%
Total		Count	20	6	6	1	33
		% within p9	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Experiência * p10 Crosstabulation

			p10					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemen te	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	3	2	4	4	5	18
		% within p10	100,0%	66,7%	57,1%	36,4%	55,6%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	0	1	1	6	3	11
		% within p10	,0%	33,3%	14,3%	54,5%	33,3%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	0	0	1	1	0	2
		% within p10	,0%	,0%	14,3%	9,1%	,0%	6,1%
	> 26 anos	Count	0	0	1	0	1	2
		% within p10	,0%	,0%	14,3%	,0%	11,1%	6,1%
Total	Count	3	3	7	11	9	33	
	% within p10	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Experiência * p23 Crosstabulation

			p23				Total
			Raramente	Às vezes	Frequentement e	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	1	3	7	7	18
		% within p23	100,0%	42,9%	63,6%	50,0%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	0	4	4	3	11
		% within p23	,0%	57,1%	36,4%	21,4%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	0	0	0	2	2
		% within p23	,0%	,0%	,0%	14,3%	6,1%
	> 26 anos	Count	0	0	0	2	2
		% within p23	,0%	,0%	,0%	14,3%	6,1%
Total	Count	1	7	11	14	33	
	% within p23	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Experiência * p24 Crosstabulation

			p24				Total
			Raramente	Às vezes	Frequentement e	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	2	4	7	5	18
		% within p24	100,0%	40,0%	63,6%	50,0%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	0	5	2	4	11
		% within p24	,0%	50,0%	18,2%	40,0%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	0	1	1	0	2
		% within p24	,0%	10,0%	9,1%	,0%	6,1%
	> 26 anos	Count	0	0	1	1	2
		% within p24	,0%	,0%	9,1%	10,0%	6,1%
Total	Count	2	10	11	10	33	
	% within p24	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Crosstabs

- Percepções desempenho individual colectivo X p10

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
p10 * p8	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
p10 * p9	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%
p10 * p23	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%
p10 * p24	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%

p10 * p8

Crosstab

			p8					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	0	0	1	0	2	3
		% within p8	,0%	,0%	16,7%	,0%	18,2%	9,1%
	Raramente	Count	0	0	2	1	0	3
		% within p8	,0%	,0%	33,3%	7,1%	,0%	9,1%
	Às vezes	Count	0	0	1	2	4	7
		% within p8	,0%	,0%	16,7%	14,3%	36,4%	21,2%
	Frequentemente	Count	1	1	1	6	3	12
		% within p8	100,0%	100,0%	16,7%	42,9%	27,3%	36,4%
	Sempre	Count	0	0	1	5	2	8
		% within p8	,0%	,0%	16,7%	35,7%	18,2%	24,2%
	Total	Count	1	1	6	14	11	33
		% within p8	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p9

Crosstab

			p9				Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	
p10	Nunca	Count	2	0	1	0	3
		% within p9	9,5%	,0%	16,7%	,0%	8,8%
	Raramente	Count	1	0	2	0	3
		% within p9	4,8%	,0%	33,3%	,0%	8,8%
	Às vezes	Count	2	3	1	1	7
		% within p9	9,5%	50,0%	16,7%	100,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	9	2	1	0	12
		% within p9	42,9%	33,3%	16,7%	,0%	35,3%
	Sempre	Count	7	1	1	0	9
		% within p9	33,3%	16,7%	16,7%	,0%	26,5%
	Total	Count	21	6	6	1	34
		% within p9	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p23

Crosstab

			p23				Total
			Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	0	0	0	3	3
		% within p23	,0%	,0%	,0%	21,4%	8,8%
	Raramente	Count	0	2	0	1	3
		% within p23	,0%	25,0%	,0%	7,1%	8,8%
	Às vezes	Count	0	0	2	5	7
		% within p23	,0%	,0%	18,2%	35,7%	20,6%
	Frequentemente	Count	1	6	2	3	12
		% within p23	100,0%	75,0%	18,2%	21,4%	35,3%
	Sempre	Count	0	0	7	2	9
		% within p23	,0%	,0%	63,6%	14,3%	26,5%
	Total	Count	1	8	11	14	34
		% within p23	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p24

Crosstab

			p24				Total
			Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	0	0	1	2	3
		% within p24	,0%	,0%	9,1%	20,0%	8,8%
	Raramente	Count	1	1	1	0	3
		% within p24	50,0%	9,1%	9,1%	,0%	8,8%
	Às vezes	Count	0	2	0	5	7
		% within p24	,0%	18,2%	,0%	50,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	1	6	3	2	12
		% within p24	50,0%	54,5%	27,3%	20,0%	35,3%
	Sempre	Count	0	2	6	1	9
		% within p24	,0%	18,2%	54,5%	10,0%	26,5%
	Total	Count	2	11	11	10	34
		% within p24	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
p10 * PreplIntervir	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%
p10 * PreplLiderar	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%

p10 * PreplIntervir Crosstabulation

Count		PreplIntervir		Total
		Sim	Não	
p10	Nunca	2	1	3
	Raramente	3	0	3
	Às vezes	6	1	7
	Frequentemente	12	0	12
	Sempre	9	0	9
Total		32	2	34

p10 * PrepLiderar Crosstabulation

Count

		PrepLiderar		Total
		Sim	Não	
p10	Nunca	1	2	3
	Raramente	0	3	3
	Às vezes	0	7	7
	Frequentemente	8	4	12
	Sempre	9	0	9
Total		18	16	34

Crosstabs

- Percepções envolvimento dos donos X Experiência

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Experiência * p1	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * p15	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * p26	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%

Experiência * p1 Crosstabulation

			p1					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
Experiência < 5 anos	Count		0	6	9	2	1	18
	% within p1		,0%	60,0%	56,3%	40,0%	100,0%	54,5%
6 - 15 anos	Count		1	3	4	3	0	11
	% within p1		100,0%	30,0%	25,0%	60,0%	,0%	33,3%
16 - 25 anos	Count		0	0	2	0	0	2
	% within p1		,0%	,0%	12,5%	,0%	,0%	6,1%

	> 26 anos	Count	0	1	1	0	0	2
		% within p1	,0%	10,0%	6,3%	,0%	,0%	6,1%
Total		Count	1	10	16	5	1	33
		% within p1	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Experiência * p15 Crosstabulation

			p15				Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentement e	
Experiência	< 5 anos	Count	3	11	4	0	18
		% within p15	60,0%	64,7%	44,4%	,0%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	2	5	3	1	11
		% within p15	40,0%	29,4%	33,3%	50,0%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	0	1	1	0	2
		% within p15	,0%	5,9%	11,1%	,0%	6,1%
	> 26 anos	Count	0	0	1	1	2
		% within p15	,0%	,0%	11,1%	50,0%	6,1%
Total	Count	5	17	9	2	33	
	% within p15	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Experiência * p26 Crosstabulation

			p26					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemen te	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	1	1	1	6	9	18
		% within p26	100,0%	100,0%	50,0%	60,0%	47,4%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	0	0	1	3	7	11
		% within p26	,0%	,0%	50,0%	30,0%	36,8%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	0	0	0	0	2	2
		% within p26	,0%	,0%	,0%	,0%	10,5%	6,1%
	> 26 anos	Count	0	0	0	1	1	2
		% within p26	,0%	,0%	,0%	10,0%	5,3%	6,1%
Total	Count	1	1	2	10	19	33	
	% within p26	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Crosstabs
- Percepções envolvimento dos donos X p10

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
p10 * p1	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%
p10 * p15	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%
p10 * p26	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%

p10 * p1

Crosstab

			p1					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemen te	Sempre	
p10	Nunca	Count	0	2	1	0	0	3
		% within p1	,0%	20,0%	6,3%	,0%	,0%	8,8%
	Raramente	Count	0	2	1	0	0	3
		% within p1	,0%	20,0%	6,3%	,0%	,0%	8,8%
	Às vezes	Count	0	0	5	1	1	7
		% within p1	,0%	,0%	31,3%	16,7%	100,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	0	3	5	4	0	12
		% within p1	,0%	30,0%	31,3%	66,7%	,0%	35,3%
	Sempre	Count	1	3	4	1	0	9
		% within p1	100,0%	30,0%	25,0%	16,7%	,0%	26,5%
	Total	Count	1	10	16	6	1	34
		% within p1	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p15

Crosstab

			p15				Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	
p10	Nunca	Count	1	2	0	0	3
		% within p15	20,0%	11,1%	,0%	,0%	8,8%
	Raramente	Count	1	2	0	0	3
		% within p15	20,0%	11,1%	,0%	,0%	8,8%
	Às vezes	Count	1	3	2	1	7
		% within p15	20,0%	16,7%	22,2%	50,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	2	5	5	0	12
		% within p15	40,0%	27,8%	55,6%	,0%	35,3%
	Sempre	Count	0	6	2	1	9
		% within p15	,0%	33,3%	22,2%	50,0%	26,5%
	Total	Count	5	18	9	2	34
		% within p15	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p26

Crosstab

			p26					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	0	0	1	0	2	3
		% within p26	,0%	,0%	50,0%	,0%	10,0%	8,8%
	Raramente	Count	1	0	1	0	1	3
		% within p26	100,0%	,0%	50,0%	,0%	5,0%	8,8%
	Às vezes	Count	0	0	0	3	4	7
		% within p26	,0%	,0%	,0%	30,0%	20,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	0	1	0	4	7	12
		% within p26	,0%	100,0%	,0%	40,0%	35,0%	35,3%
	Sempre	Count	0	0	0	3	6	9
		% within p26	,0%	,0%	,0%	30,0%	30,0%	26,5%
	Total	Count	1	1	2	10	20	34
		% within p26	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Crosstabs

- Instituição X Experiência

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Experiência * p11	32	94,1%	2	5,9%	34	100,0%
Experiência * p12	31	91,2%	3	8,8%	34	100,0%
Experiência * p13	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%

Experiência * p11 Crosstabulation

		p11					Total
		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemen te	Sempre	
Experiência < 5 anos	Count	1	3	1	10	3	18
	% within p11	50,0%	100,0%	20,0%	52,6%	100,0%	56,3%
6 - 15 anos	Count	1	0	3	6	0	10
	% within p11	50,0%	,0%	60,0%	31,6%	,0%	31,3%
16 - 25 anos	Count	0	0	1	1	0	2
	% within p11	,0%	,0%	20,0%	5,3%	,0%	6,3%
> 26 anos	Count	0	0	0	2	0	2
	% within p11	,0%	,0%	,0%	10,5%	,0%	6,3%
Total	Count	2	3	5	19	3	32
	% within p11	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Experiência * p12 Crosstabulation

		p12					Total
		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemen te	Sempre	
Experiência < 5 anos	Count	2	4	4	6	1	17
	% within p12	50,0%	50,0%	57,1%	54,5%	100,0%	54,8%
6 - 15 anos	Count	2	2	2	4	0	10
	% within p12	50,0%	25,0%	28,6%	36,4%	,0%	32,3%
16 - 25 anos	Count	0	2	0	0	0	2
	% within p12	,0%	25,0%	,0%	,0%	,0%	6,5%

> 26 anos	Count	0	0	1	1	0	2
	% within p12	,0%	,0%	14,3%	9,1%	,0%	6,5%
Total	Count	4	8	7	11	1	31
	% within p12	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Experiência * p13 Crosstabulation

			p13				Total
			Raramente	Às vezes	Frequentement e	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	2	1	9	6	18
		% within p13	100,0%	20,0%	47,4%	85,7%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	0	3	8	0	11
		% within p13	,0%	60,0%	42,1%	,0%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	0	1	1	0	2
		% within p13	,0%	20,0%	5,3%	,0%	6,1%
	> 26 anos	Count	0	0	1	1	2
		% within p13	,0%	,0%	5,3%	14,3%	6,1%
Total	Count	2	5	19	7	33	
	% within p13	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Crosstabs - Instituição X p10

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
p10 * p11	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
p10 * p12	32	94,1%	2	5,9%	34	100,0%
p10 * p13	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%

p10 * p11

Crosstab

			p11					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	1	1	0	1	0	3
		% within p11	50,0%	33,3%	,0%	5,0%	,0%	9,1%
	Raramente	Count	0	0	0	1	1	2
		% within p11	,0%	,0%	,0%	5,0%	33,3%	6,1%
	Às vezes	Count	0	2	0	5	0	7
		% within p11	,0%	66,7%	,0%	25,0%	,0%	21,2%
	Frequentemente	Count	1	0	4	7	0	12
		% within p11	50,0%	,0%	80,0%	35,0%	,0%	36,4%
	Sempre	Count	0	0	1	6	2	9
		% within p11	,0%	,0%	20,0%	30,0%	66,7%	27,3%
	Total	Count	2	3	5	20	3	33
		% within p11	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p12

Crosstab

			p12					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	2	0	0	1	0	3
		% within p12	50,0%	,0%	,0%	9,1%	,0%	9,4%
	Raramente	Count	0	1	1	0	1	3
		% within p12	,0%	12,5%	12,5%	,0%	100,0%	9,4%
	Às vezes	Count	0	3	2	2	0	7
		% within p12	,0%	37,5%	25,0%	18,2%	,0%	21,9%
	Frequentemente	Count	2	2	4	3	0	11
		% within p12	50,0%	25,0%	50,0%	27,3%	,0%	34,4%
	Sempre	Count	0	2	1	5	0	8
		% within p12	,0%	25,0%	12,5%	45,5%	,0%	25,0%
	Total	Count	4	8	8	11	1	32
		% within p12	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p13

Crosstab

			p13				Total
			Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	0	1	1	1	3
		% within p13	,0%	20,0%	5,0%	14,3%	8,8%
	Raramente	Count	0	0	3	0	3
		% within p13	,0%	,0%	15,0%	,0%	8,8%
	Às vezes	Count	1	0	4	2	7
		% within p13	50,0%	,0%	20,0%	28,6%	20,6%
	Frequentemente	Count	0	4	7	1	12
		% within p13	,0%	80,0%	35,0%	14,3%	35,3%
	Sempre	Count	1	0	5	3	9
		% within p13	50,0%	,0%	25,0%	42,9%	26,5%
	Total	Count	2	5	20	7	34
		% within p13	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Crosstabs

- Decisão não reanimação X Experiência

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Experiência * QuemDNR	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%

Experiência * QuemDNR Crosstabulation

			QuemDNR							Total	
			Dono	Dono+Conjuge+Filhos	Dono+Veterinário caso	Dono+Veterinário caso+Directo r clínico	Dono+Conjuge+Filhos+Veterinário caso+Directo r clínico	Dono+Conjuge+Filhos+Veterinário caso	Dono+Conjuge+Veterinário caso		Veterinário que segue o caso
Experiência	< 5 anos	Count	1	3	9	1	0	2	2	0	18
		% within QuemDNR	50,0%	100,0%	45,0%	100,0%	,0%	66,7%	100,0%	,0%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	1	0	7	0	1	1	0	1	11
		% within QuemDNR	50,0%	,0%	35,0%	,0%	100,0%	33,3%	,0%	100,0%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	0	0	2	0	0	0	0	0	2
		% within QuemDNR	,0%	,0%	10,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	6,1%
	> 26 anos	Count	0	0	2	0	0	0	0	0	2
		% within QuemDNR	,0%	,0%	10,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	6,1%
	Total	Count	2	3	20	1	1	3	2	1	33
		% within QuemDNR	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Crosstabs

- Decisão não reanimação X p10

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
p10 * QuemDNR	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%

p10 * QuemDNR Crosstabulation

			QuemDNR								Total
			Dono	Dono+Conju ge+Filhos	Dono+Veteri nário caso	Dono+Vet caso+Directo r clínico	Dono+Conju ge+Filhos+V et caso+Directo r clínico	Dono+Conju ge+Filhos+V eterinário caso	Dono+Conju ge+Veterinári o caso	Veterinário que segue o caso	
p10	Nunca	Count	0	0	2	0	0	1	0	0	3
		% within	,0%	,0%	9,5%	,0%	,0%	33,3%	,0%	,0%	8,8%
		QuemDNR									
	Raramente	Count	0	1	2	0	0	0	0	0	3
		% within	,0%	33,3%	9,5%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	8,8%
		QuemDNR									
	Às vezes	Count	1	1	5	0	0	0	0	0	7
		% within	50,0%	33,3%	23,8%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	20,6%
		QuemDNR									
	Frequentement e	Count	0	0	8	0	0	2	1	1	12
		% within	,0%	,0%	38,1%	,0%	,0%	66,7%	50,0%	100,0%	35,3%
		QuemDNR									
	Sempre	Count	1	1	4	1	1	0	1	0	9
		% within	50,0%	33,3%	19,0%	100,0%	100,0%	,0%	50,0%	,0%	26,5%
		QuemDNR									
	Total	Count	2	3	21	1	1	3	2	1	34
		% within	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		QuemDNR									

Crosstabs

- Ressuscitação cardiopulmonar cerebral X Experiência

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Experiência * p21	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * p27	32	94,1%	2	5,9%	34	100,0%
Experiência * p28	32	94,1%	2	5,9%	34	100,0%

Experiência * p21 Crosstabulation

			p21				
			Raramente	Às vezes	Frequentement e	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	1	8	8	1	18
		% within p21	50,0%	72,7%	50,0%	25,0%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	1	3	6	1	11
		% within p21	50,0%	27,3%	37,5%	25,0%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	0	0	1	1	2
		% within p21	,0%	,0%	6,3%	25,0%	6,1%
	> 26 anos	Count	0	0	1	1	2
		% within p21	,0%	,0%	6,3%	25,0%	6,1%
Total	Count	2	11	16	4	33	
	% within p21	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Experiência * p27 Crosstabulation

			p27			Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	
Experiência	< 5 anos	Count	3	5	10	18
		% within p27	75,0%	62,5%	50,0%	56,3%
	6 - 15 anos	Count	1	3	6	10
		% within p27	25,0%	37,5%	30,0%	31,3%
	16 - 25 anos	Count	0	0	2	2
		% within p27	,0%	,0%	10,0%	6,3%
	> 26 anos	Count	0	0	2	2
		% within p27	,0%	,0%	10,0%	6,3%
Total	Count	4	8	20	32	
	% within p27	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Experiência * p28 Crosstabulation

			p28				Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente e	
Experiência	< 5 anos	Count	1	5	11	1	18
		% within p28	25,0%	62,5%	64,7%	33,3%	56,3%
	6 - 15 anos	Count	2	3	4	1	10
		% within p28	50,0%	37,5%	23,5%	33,3%	31,3%
	16 - 25 anos	Count	0	0	2	0	2
		% within p28	,0%	,0%	11,8%	,0%	6,3%
	> 26 anos	Count	1	0	0	1	2
		% within p28	25,0%	,0%	,0%	33,3%	6,3%
Total	Count	4	8	17	3	32	
	% within p28	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Crosstabs

- Ressuscitação cardiopulmonar cerebral X p10

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
p10 * p21	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%
p10 * p27	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
p10 * p28	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%

p10 * p21 Crosstabulation

			p21				Total
			Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	0	0	2	1	3
		% within p21	,0%	,0%	12,5%	20,0%	8,8%
	Raramente	Count	0	2	1	0	3
		% within p21	,0%	18,2%	6,3%	,0%	8,8%
	Às vezes	Count	0	1	5	1	7
		% within p21	,0%	9,1%	31,3%	20,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	1	5	4	2	12
		% within p21	50,0%	45,5%	25,0%	40,0%	35,3%
	Sempre	Count	1	3	4	1	9
		% within p21	50,0%	27,3%	25,0%	20,0%	26,5%
	Total	Count	2	11	16	5	34
		% within p21	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p27 Crosstabulation

			p27				Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	
p10	Nunca	Count	0	1	2	0	3
		% within p27	,0%	12,5%	10,0%	,0%	9,1%
	Raramente	Count	0	2	1	0	3
		% within p27	,0%	25,0%	5,0%	,0%	9,1%
	Às vezes	Count	0	0	7	0	7
		% within p27	,0%	,0%	35,0%	,0%	21,2%
	Frequentemente	Count	3	3	5	1	12
		% within p27	75,0%	37,5%	25,0%	100,0%	36,4%
	Sempre	Count	1	2	5	0	8
		% within p27	25,0%	25,0%	25,0%	,0%	24,2%
	Total	Count	4	8	20	1	33
		% within p27	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p28 Crosstabulation

			p28				Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	
p10	Nunca	Count	0	1	2	0	3
		% within p28	,0%	12,5%	11,8%	,0%	9,1%
	Raramente	Count	0	2	1	0	3
		% within p28	,0%	25,0%	5,9%	,0%	9,1%
	Às vezes	Count	1	0	4	2	7
		% within p28	25,0%	,0%	23,5%	50,0%	21,2%
	Frequentemente	Count	1	3	7	1	12
		% within p28	25,0%	37,5%	41,2%	25,0%	36,4%
	Sempre	Count	2	2	3	1	8
		% within p28	50,0%	25,0%	17,6%	25,0%	24,2%
	Total	Count	4	8	17	4	33
		% within p28	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Crosstabs

- Práticas desempenho individual colectivo X Experiência

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Experiência * MomentoDNR	31	91,2%	3	8,8%	34	100,0%
Experiência * p14	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * p16	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * p17	32	94,1%	2	5,9%	34	100,0%
Experiência * p18	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * p19	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * p20	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * p22	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * p25	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * p29	32	94,1%	2	5,9%	34	100,0%
Experiência * p30	32	94,1%	2	5,9%	34	100,0%
Experiência * p31	32	94,1%	2	5,9%	34	100,0%

Experiência * p32	32	94,1%	2	5,9%	34	100,0%
Experiência * p33	32	94,1%	2	5,9%	34	100,0%
Experiência * p34	32	94,1%	2	5,9%	34	100,0%

Experiência * MomentoDNR Crosstabulation

		MomentoDNR				Total
		Apenas se espera PCP	Após complicações	Durante o curso da doença	Outro	
Experiência < 5 anos	Count	1	8	6	2	17
	% within MomentoDNR	12,5%	72,7%	66,7%	66,7%	54,8%
	6 - 15 anos Count	6	2	2	0	10
	% within MomentoDNR	75,0%	18,2%	22,2%	,0%	32,3%
16 - 25 anos	Count	0	0	1	1	2
	% within MomentoDNR	,0%	,0%	11,1%	33,3%	6,5%
	> 26 anos Count	1	1	0	0	2
	% within MomentoDNR	12,5%	9,1%	,0%	,0%	6,5%
Total	Count	8	11	9	3	31
	% within MomentoDNR	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Experiência * p14 Crosstabulation

			p14				Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	
Experiência	< 5 anos	Count	10	6	1	1	18
		% within p14	62,5%	54,5%	25,0%	50,0%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	4	4	2	1	11
		% within p14	25,0%	36,4%	50,0%	50,0%	33,3%

	16 - 25 anos	Count	1	1	0	0	2
		% within p14	6,3%	9,1%	,0%	,0%	6,1%
	> 26 anos	Count	1	0	1	0	2
		% within p14	6,3%	,0%	25,0%	,0%	6,1%
Total		Count	16	11	4	2	33
		% within p14	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Experiência * p16 Crosstabulation

			p16					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemen te	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	3	4	4	6	1	18
		% within p16	37,5%	66,7%	57,1%	75,0%	25,0%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	4	1	3	2	1	11
		% within p16	50,0%	16,7%	42,9%	25,0%	25,0%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	1	1	0	0	0	2
		% within p16	12,5%	16,7%	,0%	,0%	,0%	6,1%
	> 26 anos	Count	0	0	0	0	2	2
		% within p16	,0%	,0%	,0%	,0%	50,0%	6,1%
Total		Count	8	6	7	8	4	33
		% within p16	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Experiência * p17 Crosstabulation

			p17			Total
			Nunca	Frequentemente	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	0	3	15	18
		% within p17	,0%	50,0%	60,0%	56,3%
	6 - 15 anos	Count	1	3	7	11
		% within p17	100,0%	50,0%	28,0%	34,4%
	16 - 25 anos	Count	0	0	1	1
		% within p17	,0%	,0%	4,0%	3,1%
	> 26 anos	Count	0	0	2	2
		% within p17	,0%	,0%	8,0%	6,3%
Total		Count	1	6	25	32
		% within p17	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Experiência * p18 Crosstabulation

			p18					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemen te	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	0	5	7	4	2	18
		% within p18	,0%	50,0%	63,6%	57,1%	66,7%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	2	4	3	2	0	11
		% within p18	100,0%	40,0%	27,3%	28,6%	,0%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	0	1	0	1	0	2
		% within p18	,0%	10,0%	,0%	14,3%	,0%	6,1%
	> 26 anos	Count	0	0	1	0	1	2
		% within p18	,0%	,0%	9,1%	,0%	33,3%	6,1%
	Total	Count	2	10	11	7	3	33
		% within p18	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Experiência * p19 Crosstabulation

			p19					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemen te	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	1	1	12	2	2	18
		% within p19	50,0%	20,0%	57,1%	100,0%	66,7%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	1	3	6	0	1	11
		% within p19	50,0%	60,0%	28,6%	,0%	33,3%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	0	0	2	0	0	2
		% within p19	,0%	,0%	9,5%	,0%	,0%	6,1%
	> 26 anos	Count	0	1	1	0	0	2
		% within p19	,0%	20,0%	4,8%	,0%	,0%	6,1%
	Total	Count	2	5	21	2	3	33
		% within p19	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Experiência * p20 Crosstabulation

			p20				Total
			Raramente	Às vezes	Frequentement e	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	0	4	10	4	18
		% within p20	,0%	44,4%	66,7%	50,0%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	1	4	4	2	11
		% within p20	100,0%	44,4%	26,7%	25,0%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	0	1	0	1	2
		% within p20	,0%	11,1%	,0%	12,5%	6,1%
	> 26 anos	Count	0	0	1	1	2
		% within p20	,0%	,0%	6,7%	12,5%	6,1%
Total	Count	1	9	15	8	33	
	% within p20	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Experiência * p22 Crosstabulation

			p22					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemen te	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	1	7	3	6	1	18
		% within p22	100,0%	63,6%	33,3%	66,7%	33,3%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	0	3	5	1	2	11
		% within p22	,0%	27,3%	55,6%	11,1%	66,7%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	0	0	0	2	0	2
		% within p22	,0%	,0%	,0%	22,2%	,0%	6,1%
	> 26 anos	Count	0	1	1	0	0	2
		% within p22	,0%	9,1%	11,1%	,0%	,0%	6,1%
Total	Count	1	11	9	9	3	33	
	% within p22	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Experiência * p25 Crosstabulation

			p25				Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	6	9	2	1	18
		% within p25	42,9%	69,2%	40,0%	100,0%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	6	2	3	0	11
		% within p25	42,9%	15,4%	60,0%	,0%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	1	1	0	0	2
		% within p25	7,1%	7,7%	,0%	,0%	6,1%
	> 26 anos	Count	1	1	0	0	2
		% within p25	7,1%	7,7%	,0%	,0%	6,1%
Total	Count	14	13	5	1	33	
	% within p25	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Experiência * p29 Crosstabulation

			p29				Total
			Raramente	Às vezes	Frequentement e	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	3	5	7	3	18
		% within p29	60,0%	45,5%	70,0%	50,0%	56,3%
	6 - 15 anos	Count	1	4	3	2	10
		% within p29	20,0%	36,4%	30,0%	33,3%	31,3%
	16 - 25 anos	Count	0	1	0	1	2
		% within p29	,0%	9,1%	,0%	16,7%	6,3%
	> 26 anos	Count	1	1	0	0	2
		% within p29	20,0%	9,1%	,0%	,0%	6,3%
Total	Count	5	11	10	6	32	
	% within p29	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Experiência * p30 Crosstabulation

			p30				Total
			Raramente	Às vezes	Frequentement e	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	1	2	7	8	18
		% within p30	100,0%	33,3%	53,8%	66,7%	56,3%
	6 - 15 anos	Count	0	3	5	2	10
		% within p30	,0%	50,0%	38,5%	16,7%	31,3%
	16 - 25 anos	Count	0	1	0	1	2
		% within p30	,0%	16,7%	,0%	8,3%	6,3%
	> 26 anos	Count	0	0	1	1	2
		% within p30	,0%	,0%	7,7%	8,3%	6,3%
Total	Count	1	6	13	12	32	
	% within p30	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Experiência * p31 Crosstabulation

			p31				Total
			Raramente	Às vezes	Frequentement e	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	1	3	8	6	18
		% within p31	100,0%	37,5%	61,5%	60,0%	56,3%
	6 - 15 anos	Count	0	4	4	2	10
		% within p31	,0%	50,0%	30,8%	20,0%	31,3%
	16 - 25 anos	Count	0	1	0	1	2
		% within p31	,0%	12,5%	,0%	10,0%	6,3%
	> 26 anos	Count	0	0	1	1	2
		% within p31	,0%	,0%	7,7%	10,0%	6,3%
Total	Count	1	8	13	10	32	
	% within p31	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Experiência * p32 Crosstabulation

			p32				Total
			Raramente	Às vezes	Frequentement e	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	1	0	1	16	18
		% within p32	100,0%	,0%	50,0%	57,1%	56,3%
	6 - 15 anos	Count	0	1	1	8	10
		% within p32	,0%	100,0%	50,0%	28,6%	31,3%
	16 - 25 anos	Count	0	0	0	2	2
		% within p32	,0%	,0%	,0%	7,1%	6,3%
	> 26 anos	Count	0	0	0	2	2
		% within p32	,0%	,0%	,0%	7,1%	6,3%
Total		Count	1	1	2	28	32
		% within p32	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Experiência * p33 Crosstabulation

			p33					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemen te	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	3	9	3	1	2	18
		% within p33	60,0%	52,9%	100,0%	33,3%	50,0%	56,3%
	6 - 15 anos	Count	1	6	0	2	1	10
		% within p33	20,0%	35,3%	,0%	66,7%	25,0%	31,3%
	16 - 25 anos	Count	0	1	0	0	1	2
		% within p33	,0%	5,9%	,0%	,0%	25,0%	6,3%
	> 26 anos	Count	1	1	0	0	0	2
		% within p33	20,0%	5,9%	,0%	,0%	,0%	6,3%
Total	Count	5	17	3	3	4	32	
	% within p33	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Experiência * p34 Crosstabulation

			p34			Total
			Às vezes	Frequentemente	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	2	7	9	18
		% within p34	66,7%	63,6%	50,0%	56,3%
	6 - 15 anos	Count	1	4	6	11
		% within p34	33,3%	36,4%	33,3%	34,4%
	16 - 25 anos	Count	0	0	1	1
		% within p34	,0%	,0%	5,6%	3,1%
	> 26 anos	Count	0	0	2	2
		% within p34	,0%	,0%	11,1%	6,3%
Total		Count	3	11	18	32
		% within p34	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Crosstabs

- Práticas desempenho individual colectivo X p10

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
p10 * MomentoDNR	32	94,1%	2	5,9%	34	100,0%
p10 * p14	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%
p10 * p16	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%
p10 * p17	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
p10 * p18	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%
p10 * p19	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%
p10 * p20	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%
p10 * p22	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%
p10 * p25	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%
p10 * p29	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
p10 * p30	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
p10 * p31	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
p10 * p32	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
p10 * p33	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
p10 * p34	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%

p10 * MomentoDNR Crosstabulation

			MomentoDNR				Total
			Apenas se espera PCP	Após complicações	Durante o curso da doença	Outro	
p10	Nunca	Count	0	2	1	0	3
		% within MomentoDNR	,0%	18,2%	11,1%	,0%	9,4%
	Raramente	Count	0	1	1	0	2
		% within MomentoDNR	,0%	9,1%	11,1%	,0%	6,3%
	Às vezes	Count	1	4	2	0	7
		% within MomentoDNR	11,1%	36,4%	22,2%	,0%	21,9%
	Frequentemente	Count	5	1	3	2	11
		% within MomentoDNR	55,6%	9,1%	33,3%	66,7%	34,4%
	Sempre	Count	3	3	2	1	9
		% within MomentoDNR	33,3%	27,3%	22,2%	33,3%	28,1%
Total		Count	9	11	9	3	32
		% within MomentoDNR	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p14 Crosstabulation

			p14				Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	
p10	Nunca	Count	1	2	0	0	3
		% within p14	5,9%	18,2%	,0%	,0%	8,8%
	Raramente	Count	2	1	0	0	3
		% within p14	11,8%	9,1%	,0%	,0%	8,8%
	Às vezes	Count	5	0	2	0	7
		% within p14	29,4%	,0%	50,0%	,0%	20,6%

	Frequentemente	Count	5	6	1	0	12
		% within p14	29,4%	54,5%	25,0%	,0%	35,3%
	Sempre	Count	4	2	1	2	9
		% within p14	23,5%	18,2%	25,0%	100,0%	26,5%
Total		Count	17	11	4	2	34
		% within p14	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p16 Crosstabulation

			p16					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	0	1	0	1	1	3
		% within p16	,0%	16,7%	,0%	11,1%	25,0%	8,8%
	Raramente	Count	1	1	1	0	0	3
		% within p16	12,5%	16,7%	14,3%	,0%	,0%	8,8%
	Às vezes	Count	0	2	2	2	1	7
		% within p16	,0%	33,3%	28,6%	22,2%	25,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	5	1	3	3	0	12
		% within p16	62,5%	16,7%	42,9%	33,3%	,0%	35,3%
	Sempre	Count	2	1	1	3	2	9
		% within p16	25,0%	16,7%	14,3%	33,3%	50,0%	26,5%
	Total	Count	8	6	7	9	4	34
		% within p16	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p17 Crosstabulation

			p17			Total
			Nunca	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	0	0	3	3
		% within p17	,0%	,0%	11,5%	9,1%
	Raramente	Count	0	1	2	3
		% within p17	,0%	16,7%	7,7%	9,1%

Às vezes	Count	0	1	6	7
	% within p17	,0%	16,7%	23,1%	21,2%
Frequentemente	Count	1	3	7	11
	% within p17	100,0%	50,0%	26,9%	33,3%
Sempre	Count	0	1	8	9
	% within p17	,0%	16,7%	30,8%	27,3%
Total	Count	1	6	26	33
	% within p17	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p18 Crosstabulation

			p18					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	0	0	0	1	2	3
		% within p18	,0%	,0%	,0%	12,5%	66,7%	8,8%
	Raramente	Count	1	1	0	1	0	3
		% within p18	50,0%	10,0%	,0%	12,5%	,0%	8,8%
	Às vezes	Count	0	1	4	2	0	7
		% within p18	,0%	10,0%	36,4%	25,0%	,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	1	4	5	2	0	12
		% within p18	50,0%	40,0%	45,5%	25,0%	,0%	35,3%
	Sempre	Count	0	4	2	2	1	9
		% within p18	,0%	40,0%	18,2%	25,0%	33,3%	26,5%
	Total	Count	2	10	11	8	3	34
		% within p18	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p19 Crosstabulation

			p19					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	0	0	1	1	1	3
		% within p19	,0%	,0%	4,8%	50,0%	33,3%	8,8%

Raramente	Count	1	0	2	0	0	3
	% within p19	50,0%	,0%	9,5%	,0%	,0%	8,8%
Às vezes	Count	0	1	5	1	0	7
	% within p19	,0%	16,7%	23,8%	50,0%	,0%	20,6%
Frequentemente	Count	0	1	9	0	2	12
	% within p19	,0%	16,7%	42,9%	,0%	66,7%	35,3%
Sempre	Count	1	4	4	0	0	9
	% within p19	50,0%	66,7%	19,0%	,0%	,0%	26,5%
Total	Count	2	6	21	2	3	34
	% within p19	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p20 Crosstabulation

			p20				Total
			Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	0	1	2	0	3
		% within p20	,0%	10,0%	13,3%	,0%	8,8%
	Raramente	Count	0	1	1	1	3
		% within p20	,0%	10,0%	6,7%	12,5%	8,8%
	Às vezes	Count	0	1	4	2	7
		% within p20	,0%	10,0%	26,7%	25,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	0	3	7	2	12
		% within p20	,0%	30,0%	46,7%	25,0%	35,3%
	Sempre	Count	1	4	1	3	9
		% within p20	100,0%	40,0%	6,7%	37,5%	26,5%
	Total	Count	1	10	15	8	34
		% within p20	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p22 Crosstabulation

			p22					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	0	0	0	2	1	3
		% within p22	,0%	,0%	,0%	22,2%	33,3%	8,8%
	Raramente	Count	1	0	0	1	1	3
		% within p22	100,0%	,0%	,0%	11,1%	33,3%	8,8%
	Às vezes	Count	0	2	1	4	0	7
		% within p22	,0%	16,7%	11,1%	44,4%	,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	0	6	4	1	1	12
		% within p22	,0%	50,0%	44,4%	11,1%	33,3%	35,3%
	Sempre	Count	0	4	4	1	0	9
		% within p22	,0%	33,3%	44,4%	11,1%	,0%	26,5%
	Total	Count	1	12	9	9	3	34
		% within p22	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p25 Crosstabulation

			p25				Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre	
p10	Nunca	Count	1	1	0	1	3
		% within p25	7,1%	7,1%	,0%	100,0%	8,8%
	Raramente	Count	2	0	1	0	3
		% within p25	14,3%	,0%	20,0%	,0%	8,8%
	Às vezes	Count	2	4	1	0	7
		% within p25	14,3%	28,6%	20,0%	,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	4	6	2	0	12
		% within p25	28,6%	42,9%	40,0%	,0%	35,3%
	Sempre	Count	5	3	1	0	9
		% within p25	35,7%	21,4%	20,0%	,0%	26,5%
	Total	Count	14	14	5	1	34
		% within p25	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p29 Crosstabulation

			p29				Total
			Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	1	0	2	0	3
		% within p29	20,0%	,0%	20,0%	,0%	9,1%
	Raramente	Count	0	1	1	1	3
		% within p29	,0%	9,1%	10,0%	14,3%	9,1%
	Às vezes	Count	2	5	0	0	7
		% within p29	40,0%	45,5%	,0%	,0%	21,2%
	Frequentemente	Count	0	2	4	6	12
		% within p29	,0%	18,2%	40,0%	85,7%	36,4%
	Sempre	Count	2	3	3	0	8
		% within p29	40,0%	27,3%	30,0%	,0%	24,2%
	Total	Count	5	11	10	7	33
		% within p29	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p30 Crosstabulation

			p30				Total
			Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	0	1	1	1	3
		% within p30	,0%	16,7%	7,7%	7,7%	9,1%
	Raramente	Count	0	0	2	1	3
		% within p30	,0%	,0%	15,4%	7,7%	9,1%
	Às vezes	Count	1	1	2	3	7
		% within p30	100,0%	16,7%	15,4%	23,1%	21,2%
	Frequentemente	Count	0	1	4	7	12
		% within p30	,0%	16,7%	30,8%	53,8%	36,4%
	Sempre	Count	0	3	4	1	8
		% within p30	,0%	50,0%	30,8%	7,7%	24,2%
	Total	Count	1	6	13	13	33
		% within p30	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p31 Crosstabulation

			p31				Total
			Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	0	1	1	1	3
		% within p31	,0%	12,5%	7,7%	9,1%	9,1%
	Raramente	Count	0	0	1	2	3
		% within p31	,0%	,0%	7,7%	18,2%	9,1%
	Às vezes	Count	1	1	3	2	7
		% within p31	100,0%	12,5%	23,1%	18,2%	21,2%
	Frequentemente	Count	0	2	4	6	12
		% within p31	,0%	25,0%	30,8%	54,5%	36,4%
	Sempre	Count	0	4	4	0	8
		% within p31	,0%	50,0%	30,8%	,0%	24,2%
	Total	Count	1	8	13	11	33
		% within p31	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p32 Crosstabulation

			p32				Total
			Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	0	0	0	3	3
		% within p32	,0%	,0%	,0%	10,3%	9,1%
	Raramente	Count	0	0	1	2	3
		% within p32	,0%	,0%	50,0%	6,9%	9,1%
	Às vezes	Count	1	0	1	5	7
		% within p32	100,0%	,0%	50,0%	17,2%	21,2%
	Frequentemente	Count	0	1	0	11	12
		% within p32	,0%	100,0%	,0%	37,9%	36,4%
	Sempre	Count	0	0	0	8	8
		% within p32	,0%	,0%	,0%	27,6%	24,2%
	Total	Count	1	1	2	29	33
		% within p32	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p33 Crosstabulation

			p33					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	1	2	0	0	0	3
		% within p33	20,0%	11,1%	,0%	,0%	,0%	9,1%
	Raramente	Count	0	1	0	1	1	3
		% within p33	,0%	5,6%	,0%	33,3%	25,0%	9,1%
	Às vezes	Count	2	3	2	0	0	7
		% within p33	40,0%	16,7%	66,7%	,0%	,0%	21,2%
	Frequentemente	Count	0	7	0	2	3	12
		% within p33	,0%	38,9%	,0%	66,7%	75,0%	36,4%
	Sempre	Count	2	5	1	0	0	8
		% within p33	40,0%	27,8%	33,3%	,0%	,0%	24,2%
	Total	Count	5	18	3	3	4	33
		% within p33	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p34 Crosstabulation

			p34			Total
			Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	1	1	1	3
		% within p34	33,3%	8,3%	5,6%	9,1%
	Raramente	Count	0	1	2	3
		% within p34	,0%	8,3%	11,1%	9,1%
	Às vezes	Count	1	1	5	7
		% within p34	33,3%	8,3%	27,8%	21,2%
	Frequentemente	Count	1	6	4	11
		% within p34	33,3%	50,0%	22,2%	33,3%
	Sempre	Count	0	3	6	9
		% within p34	,0%	25,0%	33,3%	27,3%
	Total	Count	3	12	18	33
		% within p34	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Crosstabs

- Práticas envolvimento dos donos X Experiência

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Experiência * p2	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * p3	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * p4	31	91,2%	3	8,8%	34	100,0%
Experiência * p5	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * p6	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%
Experiência * p7	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%

Experiência * p2 Crosstabulation

			p2				Total
			Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	1	6	6	5	18
		% within p2	100,0%	85,7%	46,2%	41,7%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	0	1	5	5	11
		% within p2	,0%	14,3%	38,5%	41,7%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	0	0	1	1	2
		% within p2	,0%	,0%	7,7%	8,3%	6,1%
	> 26 anos	Count	0	0	1	1	2
		% within p2	,0%	,0%	7,7%	8,3%	6,1%
Total	Count	1	7	13	12	33	
	% within p2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Experiência * p3 Crosstabulation

			p3				Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente e	
Experiência	< 5 anos	Count	4	6	6	2	18
		% within p3	50,0%	37,5%	85,7%	100,0%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	3	7	1	0	11
		% within p3	37,5%	43,8%	14,3%	,0%	33,3%

	16 - 25 anos	Count	1	1	0	0	2
		% within p3	12,5%	6,3%	,0%	,0%	6,1%
	> 26 anos	Count	0	2	0	0	2
		% within p3	,0%	12,5%	,0%	,0%	6,1%
Total		Count	8	16	7	2	33
		% within p3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Experiência * p4 Crosstabulation

			p4					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemen te	Sempre	
Experiência < 5 anos	Count		4	5	5	1	1	16
	% within p4		40,0%	41,7%	71,4%	100,0%	100,0%	51,6%
6 - 15 anos	Count		6	4	1	0	0	11
	% within p4		60,0%	33,3%	14,3%	,0%	,0%	35,5%
16 - 25 anos	Count		0	1	1	0	0	2
	% within p4		,0%	8,3%	14,3%	,0%	,0%	6,5%
> 26 anos	Count		0	2	0	0	0	2
	% within p4		,0%	16,7%	,0%	,0%	,0%	6,5%
Total	Count		10	12	7	1	1	31
	% within p4		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Experiência * p5 Crosstabulation

			p5					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemen te	Sempre	
Experiência < 5 anos	Count		7	7	2	1	1	18
	% within p5		53,8%	50,0%	50,0%	100,0%	100,0%	54,5%
6 - 15 anos	Count		6	3	2	0	0	11
	% within p5		46,2%	21,4%	50,0%	,0%	,0%	33,3%
16 - 25 anos	Count		0	2	0	0	0	2
	% within p5		,0%	14,3%	,0%	,0%	,0%	6,1%
> 26 anos	Count		0	2	0	0	0	2
	% within p5		,0%	14,3%	,0%	,0%	,0%	6,1%
Total	Count		13	14	4	1	1	33
	% within p5		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Experiência * p6 Crosstabulation

			p6					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemen te	Sempre	
Experiência	< 5 anos	Count	7	5	4	1	1	18
		% within p6	50,0%	41,7%	80,0%	100,0%	100,0%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	7	3	1	0	0	11
		% within p6	50,0%	25,0%	20,0%	,0%	,0%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	0	2	0	0	0	2
		% within p6	,0%	16,7%	,0%	,0%	,0%	6,1%
	> 26 anos	Count	0	2	0	0	0	2
		% within p6	,0%	16,7%	,0%	,0%	,0%	6,1%
Total	Count	14	12	5	1	1	33	
	% within p6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Experiência * p7 Crosstabulation

			p7				Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequente	
Experiência	< 5 anos	Count	7	6	3	2	18
		% within p7	58,3%	50,0%	50,0%	66,7%	54,5%
	6 - 15 anos	Count	5	4	2	0	11
		% within p7	41,7%	33,3%	33,3%	,0%	33,3%
	16 - 25 anos	Count	0	1	0	1	2
		% within p7	,0%	8,3%	,0%	33,3%	6,1%
	> 26 anos	Count	0	1	1	0	2
		% within p7	,0%	8,3%	16,7%	,0%	6,1%
Total		Count	12	12	6	3	33
		% within p7	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Crosstabs

- Práticas envolvimento dos donos X p10

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
p10 * p2	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%
p10 * p3	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%
p10 * p4	32	94,1%	2	5,9%	34	100,0%
p10 * p5	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%
p10 * p6	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%
p10 * p7	34	100,0%	0	,0%	34	100,0%

p10 * p2 Crosstabulation

			p2				Total
			Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	1	1	0	1	3
		% within p2	100,0%	14,3%	,0%	7,7%	8,8%
	Raramente	Count	0	1	0	2	3
		% within p2	,0%	14,3%	,0%	15,4%	8,8%
	Às vezes	Count	0	1	4	2	7
		% within p2	,0%	14,3%	30,8%	15,4%	20,6%
	Frequentemente	Count	0	3	5	4	12
		% within p2	,0%	42,9%	38,5%	30,8%	35,3%
Total		Count	1	7	13	13	34
		% within p2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p3 Crosstabulation

			p3				Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	
p10	Nunca	Count	0	0	1	2	3
		% within p3	,0%	,0%	14,3%	100,0%	8,8%
	Raramente	Count	2	0	1	0	3
		% within p3	25,0%	,0%	14,3%	,0%	8,8%
	Às vezes	Count	0	7	0	0	7
		% within p3	,0%	41,2%	,0%	,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	3	5	4	0	12
		% within p3	37,5%	29,4%	57,1%	,0%	35,3%
	Sempre	Count	3	5	1	0	9
		% within p3	37,5%	29,4%	14,3%	,0%	26,5%
	Total	Count	8	17	7	2	34
		% within p3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p4 Crosstabulation

			p4					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	1	1	0	0	1	3
		% within p4	10,0%	8,3%	,0%	,0%	100,0%	9,4%
	Raramente	Count	2	0	0	1	0	3
		% within p4	20,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	9,4%
	Às vezes	Count	0	2	4	0	0	6
		% within p4	,0%	16,7%	50,0%	,0%	,0%	18,8%
	Frequentemente	Count	3	7	2	0	0	12
		% within p4	30,0%	58,3%	25,0%	,0%	,0%	37,5%
	Sempre	Count	4	2	2	0	0	8
		% within p4	40,0%	16,7%	25,0%	,0%	,0%	25,0%
	Total	Count	10	12	8	1	1	32
		% within p4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p5 Crosstabulation

			p5					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	1	1	0	0	1	3
		% within p5	7,7%	7,1%	,0%	,0%	100,0%	8,8%
	Raramente	Count	2	0	0	1	0	3
		% within p5	15,4%	,0%	,0%	100,0%	,0%	8,8%
	Às vezes	Count	1	3	3	0	0	7
		% within p5	7,7%	21,4%	60,0%	,0%	,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	2	8	2	0	0	12
		% within p5	15,4%	57,1%	40,0%	,0%	,0%	35,3%
	Sempre	Count	7	2	0	0	0	9
		% within p5	53,8%	14,3%	,0%	,0%	,0%	26,5%
	Total	Count	13	14	5	1	1	34
		% within p5	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p6 Crosstabulation

			p6					Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
p10	Nunca	Count	1	1	0	0	1	3
		% within p6	7,1%	8,3%	,0%	,0%	100,0%	8,8%
	Raramente	Count	2	0	0	1	0	3
		% within p6	14,3%	,0%	,0%	100,0%	,0%	8,8%
	Às vezes	Count	0	3	4	0	0	7
		% within p6	,0%	25,0%	66,7%	,0%	,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	5	5	2	0	0	12
		% within p6	35,7%	41,7%	33,3%	,0%	,0%	35,3%
	Sempre	Count	6	3	0	0	0	9
		% within p6	42,9%	25,0%	,0%	,0%	,0%	26,5%
	Total	Count	14	12	6	1	1	34
		% within p6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p10 * p7 Crosstabulation

			p7				Total
			Nunca	Raramente	Às vezes	Frequente	
p10	Nunca	Count	1	1	0	1	3
		% within p7	8,3%	7,7%	,0%	33,3%	8,8%
	Raramente	Count	2	0	0	1	3
		% within p7	16,7%	,0%	,0%	33,3%	8,8%
	Às vezes	Count	0	4	3	0	7
		% within p7	,0%	30,8%	50,0%	,0%	20,6%
	Frequentemente	Count	2	7	2	1	12
		% within p7	16,7%	53,8%	33,3%	33,3%	35,3%
	Sempre	Count	7	1	1	0	9
		% within p7	58,3%	7,7%	16,7%	,0%	26,5%
	Total	Count	12	13	6	3	34
		% within p7	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Anexo 8
Correlações entre os dados cruzados por aplicação do factor de correlação de Spearman

Nonparametric Correlations
B.1. Sucesso RCPC e Experiência

			Correlations				
			Experiência	ROSC Liderados	ROSC Intervidos	TEstabilidade	Alta Clínica
Spearman's rho	Experiência	Correlation	1,000	,244	,009	-,063	-,103
		Coefficient					
		Sig. (2-tailed)		,230	,964	,739	,587
		N	33	26	28	30	30
	ROSC Liderados	Correlation	,244	1,000	,870**	-,017	,461*
		Coefficient					
		Sig. (2-tailed)	,230		,000	,934	,018
		N	26	27	27	25	26
	ROSC Intervidos	Correlation	,009	,870**	1,000	-,024	,599**
		Coefficient					
		Sig. (2-tailed)	,964	,000		,907	,001
		N	28	27	29	27	28
	TEstabilidade	Correlation	-,063	-,017	-,024	1,000	-,099
		Coefficient					
		Sig. (2-tailed)	,739	,934	,907		,610
		N	30	25	27	31	29
	Alta Clínica	Correlation	-,103	,461*	,599**	-,099	1,000
		Coefficient					
		Sig. (2-tailed)	,587	,018	,001	,610	
		N	30	26	28	29	31

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

B.1. Sucesso RCPC e p10

Correlations			ROSC Liderados	ROSC Intervidos	TEstabilidade	Alta Clínica	p10
Spearman's rho	ROSC Liderados	Correlation Coefficient	1,000	,870**	-,017	,461*	,055
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,934	,018	,784
		N	27	27	25	26	27
	ROSC Intervidos	Correlation Coefficient	,870**	1,000	-,024	,599**	-,277
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,907	,001	,146
		N	27	29	27	28	29
	TEstabilidade	Correlation Coefficient	-,017	-,024	1,000	-,099	,193
		Sig. (2-tailed)	,934	,907	.	,610	,299
		N	25	27	31	29	31
	Alta Clínica	Correlation Coefficient	,461*	,599**	-,099	1,000	-,318
		Sig. (2-tailed)	,018	,001	,610	.	,081
		N	26	28	29	31	31
	p10	Correlation Coefficient	,055	-,277	,193	-,318	1,000
		Sig. (2-tailed)	,784	,146	,299	,081	.
		N	27	29	31	31	34

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

C.1. Percepções desempenho individual e Experiência

			Correlations							
			Experiência	PrepLiderar	PrepIntervir	p8	p9	p10	p23	p24
Spearman's rho	Experiência	Correlation	1,000	,021	,119	,033	-,024	,166	,151	,046
		Coefficient								
		Sig. (2-tailed)		,906	,509	,856	,896	,354	,401	,801
		N	33	33	33	32	33	33	33	33
	PrepLiderar	Correlation	,021	1,000	,265	-,024	,125	-,704**	,300	,158
		Coefficient								
		Sig. (2-tailed)	,906		,130	,896	,483	,000	,084	,373
		N	33	34	34	33	34	34	34	34
	PrepIntervir	Correlation	,119	,265	1,000	,313	,095	-,304	,271	,181
		Coefficient								
		Sig. (2-tailed)	,509	,130		,077	,592	,080	,121	,307
		N	33	34	34	33	34	34	34	34
	p8	Correlation	,033	-,024	,313	1,000	,241	-,029	,101	,161
		Coefficient								
		Sig. (2-tailed)	,856	,896	,077		,176	,872	,574	,371
		N	32	33	33	33	33	33	33	33
	p9	Correlation	-,024	,125	,095	,241	1,000	-,331	-,088	-,006
		Coefficient								
		Sig. (2-tailed)	,896	,483	,592	,176		,056	,620	,974
		N	33	34	34	33	34	34	34	34
	p10	Correlation	,166	-,704**	-,304	-,029	-,331	1,000	-,244	-,155
		Coefficient								
		Sig. (2-tailed)	,354	,000	,080	,872	,056		,164	,380
		N	33	34	34	33	34	34	34	34
	p23	Correlation	,151	,300	,271	,101	-,088	-,244	1,000	,754**
		Coefficient								
		Sig. (2-tailed)	,401	,084	,121	,574	,620	,164		,000
		N	33	34	34	33	34	34	34	34
	p24	Correlation	,046	,158	,181	,161	-,006	-,155	,754**	1,000
		Coefficient								
		Sig. (2-tailed)	,801	,373	,307	,371	,974	,380	,000	
		N								

	N	33	34	34	33	34	34	34	34
--	---	----	----	----	----	----	----	----	----

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

C.1. Percepções desempenho individual colectivo e p10

		Correlations						
		PrepLiderar	PrepIntervi r	p8	p9	p23	p24	p10
Spearman's rho	PrepLiderar	1,000	,265	-,024	,125	,300	,158	-,704**
	Correlation Coefficient							
	Sig. (2-tailed)		,130	,896	,483	,084	,373	,000
	N	34	34	33	34	34	34	34
	PrepIntervi	,265	1,000	,313	,095	,271	,181	-,304
	Correlation Coefficient							
	Sig. (2-tailed)	,130		,077	,592	,121	,307	,080
	N	34	34	33	34	34	34	34
p8	Correlation Coefficient	-,024	,313	1,000	,241	,101	,161	-,029
	Sig. (2-tailed)	,896	,077		,176	,574	,371	,872
	N	33	33	33	33	33	33	33
p9	Correlation Coefficient	,125	,095	,241	1,000	-,088	-,006	-,331
	Sig. (2-tailed)	,483	,592	,176		,620	,974	,056
	N	34	34	33	34	34	34	34
p23	Correlation Coefficient	,300	,271	,101	-,088	1,000	,754**	-,244
	Sig. (2-tailed)	,084	,121	,574	,620		,000	,164
	N	34	34	33	34	34	34	34
p24	Correlation Coefficient	,158	,181	,161	-,006	,754**	1,000	-,155
	Sig. (2-tailed)	,373	,307	,371	,974	,000		,380
	N	34	34	33	34	34	34	34
p10	Correlation Coefficient	-,704**	-,304	-,029	-,331	-,244	-,155	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,080	,872	,056	,164	,380	

	N	34	34	33	34	34	34	34
--	---	----	----	----	----	----	----	----

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

C.2. Percepções envolvimento dos donos e Experiência

Correlations			Experiência	p1	p15	p26
Spearman's rho	Experiência	Correlation Coefficient	1,000	-,023	,314	,199
		Sig. (2-tailed)		,898	,076	,267
		N	33	33	33	33
	p1	Correlation Coefficient	-,023	1,000	,130	,251
		Sig. (2-tailed)	,898		,464	,153
		N	33	34	34	34
	p15	Correlation Coefficient	,314	,130	1,000	,105
		Sig. (2-tailed)	,076	,464		,555
		N	33	34	34	34
	p26	Correlation Coefficient	,199	,251	,105	1,000
		Sig. (2-tailed)	,267	,153	,555	
		N	33	34	34	34

Nonparametric Correlations

C.2. Percepções envolvimento dos donos e p10

Correlations			p10	p1	p15	p26
Spearman's rho	p10	Correlation Coefficient	1,000	-,012	,253	,178
		Sig. (2-tailed)		,947	,149	,315
		N	34	34	34	34
	p1	Correlation Coefficient	-,012	1,000	,130	,251
		Sig. (2-tailed)	,947		,464	,153
		N	34	34	34	34

p15	Correlation Coefficient	,253	,130	1,000	,105
	Sig. (2-tailed)	,149	,464	.	,555
	N	34	34	34	34
p26	Correlation Coefficient	,178	,251	,105	1,000
	Sig. (2-tailed)	,315	,153	,555	.
	N	34	34	34	34

Nonparametric Correlations

C.3. Instituição e Experiência

Correlations			Experiência	p11	p12	p13
Spearman's rho	Experiência	Correlation Coefficient	1,000	-,102	-,084	-,199
		Sig. (2-tailed)	.	,579	,652	,268
		N	33	32	31	33
	p11	Correlation Coefficient	-,102	1,000	,759**	,641**
		Sig. (2-tailed)	,579	.	,000	,000
		N	32	33	31	33
	p12	Correlation Coefficient	-,084	,759**	1,000	,407*
		Sig. (2-tailed)	,652	,000	.	,021
		N	31	31	32	32
	p13	Correlation Coefficient	-,199	,641**	,407*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,268	,000	,021	.
		N	33	33	32	34

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

C.3. Instituição e p10

Correlations			p11	p12	p13	p10
Spearman's rho	p11	Correlation Coefficient	1,000	,759**	,641**	,267
		Sig. (2-tailed)		,000	,000	,133
		N	33	31	33	33
	p12	Correlation Coefficient	,759**	1,000	,407*	,218
		Sig. (2-tailed)	,000		,021	,230
		N	31	32	32	32
	p13	Correlation Coefficient	,641**	,407*	1,000	,048
		Sig. (2-tailed)	,000	,021		,786
		N	33	32	34	34
	p10	Correlation Coefficient	,267	,218	,048	1,000
		Sig. (2-tailed)	,133	,230	,786	
		N	33	32	34	34

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

C.4. Decisão não reanimação e Experiência

Correlations			Experiência	QuemDNR
Spearman's rho	Experiência	Correlation Coefficient	1,000	,018
		Sig. (2-tailed)		,922
		N	33	33
	QuemDNR	Correlation Coefficient	,018	1,000
		Sig. (2-tailed)	,922	
		N	33	34

Nonparametric Correlations

C.4. Decisão não reanimação e p10

Correlations			QuemDNR	p10
Spearman's rho	QuemDNR	Correlation Coefficient	1,000	,152
		Sig. (2-tailed)	.	,390
		N	34	34
	p10	Correlation Coefficient	,152	1,000
		Sig. (2-tailed)	,390	.
		N	34	34

Nonparametric Correlations

C.5. Ressuscitação cardiopulmonar cerebral e Experiência

Correlations			Experiência	p21	p27	p28
Spearman's rho	Experiência	Correlation Coefficient	1,000	,333	,228	-,037
		Sig. (2-tailed)	.	,058	,209	,841
		N	33	33	32	32
	p21	Correlation Coefficient	,333	1,000	,477**	,254
		Sig. (2-tailed)	,058	.	,005	,154
		N	33	34	33	33
	p27	Correlation Coefficient	,228	,477**	1,000	,474**
		Sig. (2-tailed)	,209	,005	.	,005
		N	32	33	33	33
	p28	Correlation Coefficient	-,037	,254	,474**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,841	,154	,005	.
		N	32	33	33	33

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

C.5. Ressuscitação cardiopulmonar cerebral e p10

Correlations

			p10	p21	p27	p28
Spearman's rho	p10	Correlation Coefficient	1,000	-,192	-,112	-,108
		Sig. (2-tailed)		,277	,533	,548
		N	34	34	33	33
	p21	Correlation Coefficient	-,192	1,000	,477**	,254
		Sig. (2-tailed)	,277		,005	,154
		N	34	34	33	33
	p27	Correlation Coefficient	-,112	,477**	1,000	,474**
		Sig. (2-tailed)	,533	,005		,005
		N	33	33	33	33
	p28	Correlation Coefficient	-,108	,254	,474**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,548	,154	,005	
		N	33	33	33	33

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

D.1. Práticas desempenho individual colectivo e Experiência

Correlations

			Experiência	MomentoDNR	p14	p16	p17	p18	p19	p20	p22	p25	p29	p30	p31	p32	p33	p34
Spearman's rho	Experiência	Correlation Coefficient	1,000	-,297	,163	-,006	-,096	-,112	-,284	-,043	,108	-,156	-,082	-,121	-,046	,005	-,014	,195
		Sig. (2-tailed)		,105	,364	,974	,603	,535	,109	,812	,549	,386	,655	,510	,803	,978	,940	,285
		N	33	31	33	33	32	33	33	33	33	33	32	32	32	32	32	32
	MomentoDNR	Correlation Coefficient	-,297	1,000	-,004	-,042	-,052	-,100	,136	-,063	-,083	-,046	,092	,028	-,071	-,051	,216	,100
		Sig. (2-tailed)	,105		,984	,821	,782	,587	,457	,733	,652	,803	,621	,881	,705	,785	,243	,592
		N	31	32	32	32	31	32	32	32	32	32	31	31	31	31	31	31
	p14	Correlation Coefficient	,163	-,004	1,000	,046	-,233	-,126	,232	-,129	,002	-,001	-,133	,010	,035	,188	-,032	,085
		Sig. (2-tailed)	,364	,984		,798	,193	,476	,186	,469	,989	,994	,462	,957	,847	,294	,859	,638
		N	33	32	34	34	33	34	34	34	34	34	33	33	33	33	33	33
	p16	Correlation Coefficient	-,006	-,042	,046	1,000	,199	,441**	-,028	-,027	-,057	,079	-,597**	-,327	-,260	-,047	-,525**	-,285
		Sig. (2-tailed)																
		N																

	Sig. (2-tailed)	.974	.821	.798		.267	.009	.876	.878	.749	.657	.000	.063	.144	.793	.002	.109
	N	33	32	34	34	33	34	34	34	34	34	33	33	33	33	33	33
p17	Correlation Coefficient	-.096	-.052	-.233	.199	1.000	.155	-.088	-.167	-.242	.155	-.205	-.213	-.096	.028	-.094	.050
	Sig. (2-tailed)	.603	.782	.193	.267		.388	.626	.353	.175	.390	.259	.241	.600	.878	.608	.784
	N	32	31	33	33	33	33	33	33	33	33	32	32	32	32	32	33
p18	Correlation Coefficient	-.112	-.100	-.126	.441 ⁺	.155	1.000	.103	-.026	.203	.227	-.197	-.153	-.126	.251	-.417 ⁺	-.203
	Sig. (2-tailed)	.535	.587	.476	.009	.388		.561	.885	.248	.197	.272	.395	.485	.159	.016	.256
	N	33	32	34	34	33	34	34	34	34	34	33	33	33	33	33	33
p19	Correlation Coefficient	-.284	.136	.232	-.028	-.088	.103	1.000	.213	.181	.103	.143	.299	.395 ⁺	.291	.190	.067
	Sig. (2-tailed)	.109	.457	.186	.876	.626	.561		.226	.304	.562	.427	.091	.023	.101	.290	.709
	N	33	32	34	34	33	34	34	34	34	34	33	33	33	33	33	33
p20	Correlation Coefficient	-.043	-.063	-.129	-.027	-.167	-.026	.213	1.000	.374 ⁺	-.229	.015	.110	.071	-.154	.157	-.236
	Sig. (2-tailed)	.812	.733	.469	.878	.353	.885	.226		.029	.193	.934	.544	.696	.392	.382	.187
	N	33	32	34	34	33	34	34	34	34	34	33	33	33	33	33	33
p22	Correlation Coefficient	.108	-.083	.002	-.057	-.242	.203	.181	.374 ⁺	1.000	.019	-.035	-.118	-.099	-.242	.153	-.231
	Sig. (2-tailed)	.549	.652	.989	.749	.175	.248	.304	.029		.917	.848	.512	.583	.175	.394	.195
	N	33	32	34	34	33	34	34	34	34	34	33	33	33	33	33	33
p25	Correlation Coefficient	-.156	-.046	-.001	.079	.155	.227	.103	-.229	.019	1.000	-.128	-.161	-.080	-.014	-.081	-.005
	Sig. (2-tailed)	.386	.803	.994	.657	.390	.197	.562	.193	.917		.477	.371	.657	.939	.654	.980
	N	33	32	34	34	33	34	34	34	34	34	33	33	33	33	33	33
p29	Correlation Coefficient	-.082	.092	-.133	-.597 ⁺	-.205	-.197	.143	.015	-.035	-.128	1.000	.487 ⁺	.485 ⁺	.232	.581 ⁺	.046
	Sig. (2-tailed)	.655	.621	.462	.000	.259	.272	.427	.934	.848	.477		.004	.004	.195	.000	.803
	N	32	31	33	33	32	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	32
p30	Correlation Coefficient	-.121	.028	.010	-.327	-.213	-.153	.299	.110	-.118	-.161	.487 ⁺	1.000	.716 ⁺	.375 ⁺	.324	.211
	Sig. (2-tailed)	.510	.881	.957	.063	.241	.395	.091	.544	.512	.371	.004		.000	.032	.066	.246
	N	32	31	33	33	32	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	32
p31	Correlation Coefficient	-.046	-.071	.035	-.260	-.096	-.126	.395 ⁺	.071	-.099	-.080	.485 ⁺	.716 ⁺	1.000	.322	.507 ⁺	.284
	Sig. (2-tailed)	.803	.705	.847	.144	.600	.485	.023	.696	.583	.657	.004	.000		.068	.003	.115
	N	32	31	33	33	32	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	32
p32	Correlation Coefficient	.005	-.051	.188	-.047	.028	.251	.291	-.154	-.242	-.014	.232	.375 ⁺	.322	1.000	-.134	.414 ⁺
	Sig. (2-tailed)	.978	.785	.294	.793	.878	.159	.101	.392	.175	.939	.195	.032	.068		.458	.019
	N	32	31	33	33	32	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	32
p33	Correlation Coefficient	-.014	.216	-.032	-.525 ⁺	-.094	-.417 ⁺	.190	.157	.153	-.081	.581 ⁺	.324	.507 ⁺	-.134	1.000	.175

	Sig. (2-tailed)	.940	.243	.859	.002	.608	.016	.290	.382	.394	.654	.000	.066	.003	.458		.338
	N	32	31	33	33	32	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	32
p34	Correlation Coefficient	.195	.100	.085	-.285	.050	-.203	.067	-.236	-.231	-.005	.046	.211	.284	.414	.175	1.000
	Sig. (2-tailed)	.285	.592	.638	.109	.784	.256	.709	.187	.195	.980	.803	.246	.115	.019	.338	
	N	32	31	33	33	33	33	33	33	33	33	32	32	32	32	32	33

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

D.1. Práticas desempenho individual colectivo e p10

			Correlations															
			MomentoDNR	p14	p16	p17	p18	p19	p20	p22	p25	p29	p30	p31	p32	p33	p34	p10
Spearman's rho	MomentoDNR	Correlation Coefficient	1,000	-,004	-,042	-,052	-,100	,136	-,063	-,083	-,046	,092	,028	-,071	-,051	,216	,100	-,101
		Sig. (2-tailed)		,984	,821	,782	,587	,457	,733	,652	,803	,621	,881	,705	,785	,243	,592	,583
		N	32	32	32	31	32	32	32	32	32	31	31	31	31	31	31	32
p14	Correlation Coefficient	-,004	1,000	,046	-,233	-,126	,232	-,129	,002	-,001	-,133	,010	,035	,188	-,032	,085	,177	
		Sig. (2-tailed)	,984		,798	,193	,476	,186	,469	,989	,994	,462	,957	,847	,294	,859	,638	,317
		N	32	34	34	33	34	34	34	34	34	33	33	33	33	33	33	34
p16	Correlation Coefficient	-,042	,046	1,000	,199	,441**	-,028	-,027	-,057	,079	-,597**	-,327	-,260	-,047	-,525**	-,285	,005	
		Sig. (2-tailed)	,821	,798		,267	,009	,876	,878	,749	,657	,000	,063	,144	,793	,002	,109	,979
		N	32	34	34	33	34	34	34	34	34	33	33	33	33	33	33	34
p17	Correlation Coefficient	-,052	-,233	,199	1,000	,155	-,088	-,167	-,242	,155	-,205	-,213	-,096	,028	-,094	,050	-,011	
		Sig. (2-tailed)	,782	,193	,267		,388	,626	,353	,175	,390	,259	,241	,600	,878	,608	,784	,951
		N	31	33	33	33	33	33	33	33	33	32	32	32	32	32	33	33
p18	Correlation Coefficient	-,100	-,126	,441**	,155	1,000	,103	-,026	,203	,227	-,197	-,153	-,126	,251	-,417*	-,203	-,210	
		Sig. (2-tailed)	,587	,476	,009	,388		,561	,885	,248	,197	,272	,395	,485	,159	,016	,256	,234
		N	32	34	34	33	34	34	34	34	34	33	33	33	33	33	33	34
p19	Correlation Coefficient	,136	,232	-,028	-,088	,103	1,000	,213	,181	,103	,143	,299	,395	,291	,190	,067	-,374*	
		Sig. (2-tailed)	,457	,186	,876	,626	,561		,226	,304	,562	,427	,091	,023	,101	,290	,709	,029
		N	32	34	34	33	34	34	34	34	34	33	33	33	33	33	33	34
p20	Correlation Coefficient	-,063	-,129	-,027	-,167	-,026	,213	1,000	,374*	-,229	,015	,110	,071	-,154	,157	-,236	-,109	
		Sig. (2-tailed)	,733	,469	,878	,353	,885	,226		,029	,193	,934	,544	,696	,392	,382	,187	,541
		N	32	34	34	33	34	34	34	34	34	33	33	33	33	33	33	34

p22	Correlation Coefficient	-.083	.002	-.057	-.242	.203	.181	.374	1.000	.019	-.035	-.118	-.099	-.242	.153	-.231	-.398
	Sig. (2-tailed)	.652	.989	.749	.175	.248	.304	.029		.917	.848	.512	.583	.175	.394	.195	.020
	N	32	34	34	33	34	34	34	34	34	33	33	33	33	33	33	34
p25	Correlation Coefficient	-.046	-.001	.079	.155	.227	.103	-.229	.019	1.000	-.128	-.161	-.080	-.014	-.081	-.005	-.150
	Sig. (2-tailed)	.803	.994	.657	.390	.197	.562	.193	.917		.477	.371	.657	.939	.654	.980	.398
	N	32	34	34	33	34	34	34	34	34	33	33	33	33	33	33	34
p29	Correlation Coefficient	.092	-.133	-.597**	-.205	-.197	.143	.015	-.035	-.128	1.000	.487**	.485**	.232	.581**	.046	.053
	Sig. (2-tailed)	.621	.462	.000	.259	.272	.427	.934	.848	.477		.004	.004	.195	.000	.803	.770
	N	31	33	33	32	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	32	33
p30	Correlation Coefficient	.028	.010	-.327	-.213	-.153	.299	.110	-.118	-.161	.487**	1.000	.716**	.375	.324	.211	-.117
	Sig. (2-tailed)	.881	.957	.063	.241	.395	.091	.544	.512	.371	.004		.000	.032	.066	.246	.518
	N	31	33	33	32	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	32	33
p31	Correlation Coefficient	-.071	.035	-.260	-.096	-.126	.395	.071	-.099	-.080	.485**	.716**	1.000	.322	.507**	.284	-.257
	Sig. (2-tailed)	.705	.847	.144	.600	.485	.023	.696	.583	.657	.004	.000		.068	.003	.115	.149
	N	31	33	33	32	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	32	33
p32	Correlation Coefficient	-.051	.188	-.047	.028	.251	.291	-.154	-.242	-.014	.232	.375	.322	1.000	-.134	.414	.231
	Sig. (2-tailed)	.785	.294	.793	.878	.159	.101	.392	.175	.939	.195	.032	.068		.458	.019	.195
	N	31	33	33	32	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	32	33
p33	Correlation Coefficient	.216	-.032	-.525**	-.094	-.417*	.190	.157	.153	-.081	.581**	.324	.507**	-.134	1.000	.175	-.054
	Sig. (2-tailed)	.243	.859	.002	.608	.016	.290	.382	.394	.654	.000	.066	.003	.458		.338	.767
	N	31	33	33	32	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	32	33
p34	Correlation Coefficient	.100	.085	-.285	.050	-.203	.067	-.236	-.231	-.005	.046	.211	.284	.414	.175	1.000	.093
	Sig. (2-tailed)	.592	.638	.109	.784	.256	.709	.187	.195	.980	.803	.246	.115	.019	.338		.605
	N	31	33	33	33	33	33	33	33	33	32	32	32	32	32	33	33
p10	Correlation Coefficient	-.101	.177	.005	-.011	-.210	-.374*	-.109	-.398*	-.150	.053	-.117	-.257	.231	-.054	.093	1.000
	Sig. (2-tailed)	.583	.317	.979	.951	.234	.029	.541	.020	.398	.770	.518	.149	.195	.767	.605	
	N	32	34	34	33	34	34	34	34	34	33	33	33	33	33	33	34

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

D.2. Práticas envolvimento dos donos e Experiência

		Correlations						
		Experiência	p2	p3	p4	p5	p6	p7
Spearman's rho Experiência	Correlation Coefficient	1,000	,325	-,294	-,215	-,019	-,132	,100
	Sig. (2-tailed)	.	,065	,097	,246	,916	,464	,581
	N	33	33	33	31	33	33	33
p2	Correlation Coefficient	,325	1,000	-,469**	-,343	-,331	-,304	-,476**
	Sig. (2-tailed)	,065	.	,005	,054	,056	,081	,004
	N	33	34	34	32	34	34	34
p3	Correlation Coefficient	-,294	-,469**	1,000	,311	,353*	,288	,234
	Sig. (2-tailed)	,097	,005	.	,083	,041	,099	,183
	N	33	34	34	32	34	34	34
p4	Correlation Coefficient	-,215	-,343	,311	1,000	,705**	,782**	,599**
	Sig. (2-tailed)	,246	,054	,083	.	,000	,000	,000
	N	31	32	32	32	32	32	32
p5	Correlation Coefficient	-,019	-,331	,353*	,705**	1,000	,803**	,778**
	Sig. (2-tailed)	,916	,056	,041	,000	.	,000	,000
	N	33	34	34	32	34	34	34
p6	Correlation Coefficient	-,132	-,304	,288	,782**	,803**	1,000	,704**
	Sig. (2-tailed)	,464	,081	,099	,000	,000	.	,000
	N	33	34	34	32	34	34	34
p7	Correlation Coefficient	,100	-,476**	,234	,599**	,778**	,704**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,581	,004	,183	,000	,000	,000	.
	N	33	34	34	32	34	34	34

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

D.2. Práticas envolvimento dos donos e p10

			Correlations						
			p2	p3	p4	p5	p6	p7	p10
Spearman's rho	p2	Correlation Coefficient	1,000	-,469**	-,343	-,331	-,304	-,476**	,142
		Sig. (2-tailed)	.	,005	,054	,056	,081	,004	,424
		N	34	34	32	34	34	34	34
	p3	Correlation Coefficient	-,469**	1,000	,311	,353*	,288	,234	-,286
		Sig. (2-tailed)	,005	.	,083	,041	,099	,183	,101
		N	34	34	32	34	34	34	34
	p4	Correlation Coefficient	-,343	,311	1,000	,705**	,782**	,599**	-,230
		Sig. (2-tailed)	,054	,083	.	,000	,000	,000	,205
		N	32	32	32	32	32	32	32
	p5	Correlation Coefficient	-,331	,353*	,705**	1,000	,803**	,778**	-,383*
		Sig. (2-tailed)	,056	,041	,000	.	,000	,000	,025
		N	34	34	32	34	34	34	34
	p6	Correlation Coefficient	-,304	,288	,782**	,803**	1,000	,704**	-,398*
		Sig. (2-tailed)	,081	,099	,000	,000	.	,000	,020
		N	34	34	32	34	34	34	34
	p7	Correlation Coefficient	-,476**	,234	,599**	,778**	,704**	1,000	-,355*
		Sig. (2-tailed)	,004	,183	,000	,000	,000	.	,039
		N	34	34	32	34	34	34	34
	p10	Correlation Coefficient	,142	-,286	-,230	-,383*	-,398*	-,355*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,424	,101	,205	,025	,020	,039	.
		N	34	34	32	34	34	34	34

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).